

## Fragebogen zur Vorgeschichte des Kindes

### **Angaben zum Kind**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Lebt bei:  Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt:  beide Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Über wen ist das Kind versichert: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### **Angaben zur Familie**

#### **Mutter**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonisch erreichbar unter: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Berufstätig:  ja  nein wenn ja,  ganztags  halbtags

Wichtige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

#### **Vater:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonisch erreichbar unter: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Berufstätig:  ja  nein wenn ja,  ganztags  halbtags

Wichtige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Die Eltern sind:  verheiratet  getrennt  geschieden

Erziehen Sie ihr(e) Kind(er)  gemeinsam  allein, als  Mutter /  Vater



## Angaben zur Betreuung und Schulausbildung

### Besucht oder besuchte Ihr Kind folgende Einrichtungen?

Tagesmutter  Kinderkrippe  Kindergarten

Name der Einrichtung(en): \_\_\_\_\_

### Welche Schule besucht oder besuchte Ihr Kind?

Grundschule  Hauptschule  Realschule  Gymnasium

Förderschule  Sonderschule für \_\_\_\_\_

Jahr der Einschulung: \_\_\_\_\_

Name der aktuellen Schule: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

aktuell Klasse: \_\_\_\_\_  Name des Klassenlehrers: \_\_\_\_\_

In welchen der folgenden Bereiche sehen Sie Problem bei Ihrem Kind?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> es bestehen keine Probleme              | <input type="checkbox"/> in der Körperwahrnehmung              |
| <input type="checkbox"/> im Hören                                | <input type="checkbox"/> in der Selbstständigkeit              |
| <input type="checkbox"/> im Sehen                                | <input type="checkbox"/> im Verhalten                          |
| <input type="checkbox"/> im Wachstum                             | <input type="checkbox"/> im Umgang / Spiel mit anderen Kindern |
| <input type="checkbox"/> in der Ernährung                        | <input type="checkbox"/> in der Erziehung                      |
| <input type="checkbox"/> in der Intelligenzentwicklung           | <input type="checkbox"/> in den Schulleistungen                |
| <input type="checkbox"/> in der Sprachentwicklung                | <input type="checkbox"/> _____                                 |
| <input type="checkbox"/> in der Körperbeherrschung und Bewegung  | <input type="checkbox"/> _____                                 |
| <input type="checkbox"/> in der Geschicklichkeit und Feinmotorik | <input type="checkbox"/> _____                                 |

### **Können Sie bitte die Probleme genauer beschreiben?**

---

---

---

### **Welche Untersuchungen und Hilfen erwarten Sie?**

---

---

---

**Fragen zu früheren Untersuchungen und Behandlungen:**

**Wer behandelte Ihr Kind früher oder behandelt es jetzt noch, z.B. Kinderarzt, Hausarzt, HNO-Arzt, Augenarzt, Psychologe, Ergo-/Logo-/Physiotherapeut?**

(bitte geben Sie Name, Zeitraum und aus welchem Grund an)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Wurde Ihr Kind bereits in einer Klinik stationär behandelt?**

nein

ja : Name der Klinik(en): \_\_\_\_\_

Wegen folgender Erkrankung: \_\_\_\_\_

**Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?**

nein

ja: Name und Dosierung der Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bei Jugendlichen:**

Rauchen:  ja  nein

Pille:  ja  nein

**Bisher durchgeführte spezielle Untersuchungen:**

Röntgen-Untersuchung, folgender Region: \_\_\_\_\_

Kernspintomographie (MRT), folgender Region: \_\_\_\_\_

Ultraschalluntersuchung, folgender Region: \_\_\_\_\_

EEG  Hörprüfung  Augenarzt  psychologische Untersuchungen

**Ergänzende Angaben:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:**

Vater  Mutter  anderen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_