

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: _____