

Fragebogen an die Eltern

- A. Personalien
- B. Vorstellungsgrund
- C. Bisherige Entwicklung
- D. Familiensituation

**Neuropädiatrie mit
Sozialpädiatrischem
Zentrum**
Mönchebergstr. 48 E
34125 Kassel

T 0561 980 3096
F 0561 980 6946
E spz@gnh.net
www.gnh.net

A. Personalien

Name des Kindes, Vorname* _____

Geschlecht des Kindes* weiblich männlich divers Geburtsdatum* _____

Name der Mutter _____ Geburtsdatum _____

Name des Vaters _____ Geburtsdatum _____

Anschrift* _____

Telefon* _____ Handy _____

E-Mail* _____

Krankenkasse _____

Kinderarzt _____ Telefon _____

Anschrift _____

Vom Kinderarzt ausfüllen lassen!* (Bitte geben Sie den Eltern alle Vorbefunde und ggf. MRT-Bilder mit!)

Diagnose* _____

Fragestellung* _____

Hinweise _____

Praxisstempel

*Pflichtfeld, bitte ausfüllen

B. Vorstellungsgrund

Was macht Ihnen Sorgen? Warum kommen Sie zu uns? _____

Seit wann gibt es dieses Problem? _____

Wurde Ihr Kind deswegen schon an anderer Stelle untersucht und/oder behandelt? Wo? _____

Was erhoffen Sie sich von uns? _____

Wer hat Ihnen empfohlen, zu uns zu kommen? _____

Welche Fördermaßnahmen oder Therapien erhält Ihr Kind, von wem (Name und Adresse) und seit wann?

(Bitte Befunde in Kopie beifügen, wenn vorhanden)

Physiotherapie (Krankengymnastik) _____

Ergotherapie _____

Logopädie _____

Osteopathie/Manualtherapie _____

Homöopathie _____

Psychotherapie _____

Frühförderung _____

Sonstiges _____

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? _____

Wann? _____ Wo? _____ Weshalb? _____

Wann? _____ Wo? _____ Weshalb? _____

Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind bisher? _____

Hatte Ihr Kind epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe? ja nein

Nimmt oder nahm Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

Wurde ihr Kind schon einmal operiert? ja nein

Wann? _____ Wo? _____ Weshalb? _____

C. Bisherige Entwicklung

Zur Vorgeschichte: bitte das gelbe Untersuchungsheft mitbringen!

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft? Blutungen Fieber OP

Unfall Fruchtwasseruntersuchung, Ergebnis _____

Erkrankungen oder anderes _____

Nikotin Alkohol Medikamente

Wo erfolgte die Geburt? zu Hause Geburtshaus Klinik

Wann wurde Ihr Kind geboren? zu früh: wie viele Tage/Wochen _____ zu spät: wie viele Tage _____

Wie wurde es geboren? normal Kaiserschnitt Saugglocke Zange

Gab es bei der Geburt Besonderheiten? _____

Bei Geburt Gewicht _____ Länge _____ Kopfumfang _____

APGAR-Werte (*gelbes Heft*) _____ Nabelschnur-pH (*gelbes Heft*) _____

Musste Ihr Kind nach der Geburt in die Kinderklinik verlegt werden? ja nein

Wenn ja, in welcher Klinik lag es? _____ Wie lange? _____

Erfolgte eine Kinderwunschbehandlung? ja nein

Hören und Sehen

Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes von einem Augenarzt überprüft? ja nein

Wann? _____ Befund auffällig? ja nein

Name und Adresse des Augenarztes _____

Wurde die Hörfähigkeit von einem HNO-Arzt überprüft? ja nein

Wann? _____ Befund auffällig? ja nein

Name und Adresse des HNO-Arzttes _____

Schlaf

- Hält Ihr Kind einen Mittagsschlaf? nein ja, von _____ bis _____ Uhr
- Wann legen Sie ihr Kind abends ins Bett? _____ Uhr Wann steht es morgens auf? _____ Uhr
- Wann schläft Ihr Kind ein? _____ Uhr Wie oft wacht Ihr Kind nachts auf? _____
- Wo schläft Ihr Kind? im eigenen Bett im eigenen Zimmer mit den Eltern mit Geschwistern

Sauberkeit

- tagsüber sauber mit _____ Jahren nachts sauber mit _____ Jahren
- Nässt Ihr Kind wieder ein, nachdem es trocken war? ja nein
- Kotet Ihr Kind wieder ein, nachdem es trocken war? ja nein
- Neigt Ihr Kind zur Verstopfung? ja nein

Bewegungsentwicklung

- Greifen nach Gegenständen mit _____ Monaten Freies Sitzen mit _____ Monaten
- Krabbeln mit _____ Monaten Freies Laufen mit _____ Monaten
- Fahrradfahren mit _____ Jahren
- Bei welchen Tätigkeiten erschien Ihnen Ihr Kind ungeschickt? _____

Sprachentwicklung

- Erste Worte mit _____ Monaten Zweiwortsätze mit _____ Monaten
- Mehrwortsätze mit _____ Monaten
- Wortschatz kleiner als 20 Worte 20–50 Worte 50–200 Worte über 200 Worte
- Muttersprache _____
- Kann ein Fremder Ihr Kind verstehen? ja nein, weil _____

Essen und Trinken

- Kann Ihr Kind allein essen? ja nein
- Isst Ihr Kind feste Kost? ja nein
- Kann Ihr Kind allein aus einem Becher trinken? ja nein

Kenntnisse und Verhalten

Welche Stärken hat Ihr Kind? _____

Was fällt Ihnen bei Ihrem Kind auf?

Angst/Unsicherheit Seit wann? _____ Wo besonders? _____

Unruhe/Ungeduld Seit wann? _____ Wo besonders? _____

Aggressivität, Wut Seit wann? _____ Wo besonders? _____

Nichteinhalten von Regeln Seit wann? _____ Wo besonders? _____

unwillkürliche Bewegungen Seit wann? _____ Wo besonders? _____

Wie bringt sich Ihr Kind in neuen Situationen ein? problemlos zögerlich gar nicht

Gibt es sonst etwas, das Sie beunruhigt? _____

Kindergarten Hort Krippe Tagesmutter mit Integrationsplatz?

Name und Adresse der Einrichtung _____

Telefon _____

Gibt es dort Auffälligkeiten? ja nein

(Bitte Berichte in Kopie beifügen, wenn vorhanden)

Schule

Klassenstufe _____ Schulart _____

Schulassistenz Einzelbeförderung

In welchem Fach ist Ihr Kind gut? _____

In welchem Fach hat Ihr Kind Probleme? _____

Sind Sie mit den Schulleistungen zufrieden? ja nein

Macht Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig? ja nein, mit wem? _____

Wie lange dauern die Hausaufgaben? _____

Gibt es oft Streit mit Mitschülern? ja nein

Freunde/Spielen

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne? _____

Wie lange spielt es diese Spiele am Stück? _____

Spielt Ihr Kind gerne mit anderen allein beides

Gibt es sonstige Probleme, die nicht angesprochen wurden? _____

Täglicher Medienkonsum (TV, Handy, Tablet, PC, Konsole etc.) in Stunden: _____

D. Familiensituation

Familienstand der Eltern verheiratet zusammenlebend
 getrennt lebend geschieden alleinerziehend

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater Institution _____

Das Kind lebt mit Eltern Mutter Vater Pflegeeltern Heim
 Großeltern Stiefmutter Stiefvater neuem Partner/Partnerin

Das Kind ist leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind

Geschwister

	Vorname	Geburtsdatum	Auffälligkeiten
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Hat ein Kind eine chronische Erkrankung oder Behinderung? Wenn ja, welche? _____

Sind Kinder verstorben? _____ Wenn ja, in welchem Alter? _____

An welcher Krankheit? _____

Hatte die Mutter Fehl-/Totgeburten? ja nein

Gibt es Krankheiten in der Familie? nein ja, welche? _____

Sind die Eltern miteinander verwandt? ja nein

Betreuung durch das Jugendamt ja nein

Pflegegrad _____

Grad der Behinderung (GdB) _____

GdB-Merkzeichen _____

Mutter: leiblich Adoptiv- Pflege-

Schulabschluss _____

Erlerner Beruf _____

Aktuelle Tätigkeit _____

Staatsangehörigkeit _____

Geburtsland _____

Seit wann leben Sie in Deutschland? _____

Vater: leiblich Adoptiv- Pflege-

Schulabschluss _____

Erlerner Beruf _____

Aktuelle Tätigkeit _____

Staatsangehörigkeit _____

Geburtsland _____

Seit wann leben Sie in Deutschland? _____

Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?

Deutsch andere Sprachen. Welche? _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von _____

Unterschrift _____

Datum _____