

ELTERNFRAGEBOGEN

(ausgefüllt am: _____ von: _____)

Liebe Eltern!

Die folgenden Angaben, um die wir Sie bitten, sind freiwillig. Das Beantworten der nachstehenden Fragen erleichtert uns aber die Vorbereitung und Planung der Diagnostik. Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Vor- und Zuname des Kindes: _____

geb. am: _____

in (Geburtsort): _____

Anschrift der **Familie**: _____

Vor- u. Zunamen, Geburtsnamen und Geburtsdatum der **Erziehungsberechtigten**:

Mutter: _____

Geb.: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Telefon/Festnetz: _____

Telefon/Handy: _____

Email: _____

Vater: _____

Geb.: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Telefon/Festnetz: _____

Telefon/Handy: _____

Email: _____

Verheiratet

Lebensgemeinschaft

Getrennt lebend

Geschieden

Verwitwet

Regelung des Sorgerechts:

gemeinsame elterliche Sorge

alleinige elterliche Sorge:

Mutter

Vater

1. Auftrag und Vorgeschichte

Was ist der Grund für die Vorstellung Ihres Kindes bei uns (Beschwerden, Behinderung, Probleme, Auffälligkeiten)? _____

In welchem Bereich bestehen Störungen bzw. Auffälligkeiten?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung/Bewegung | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Sprache | <input type="checkbox"/> Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Hör- und Sehvermögen | <input type="checkbox"/> Erziehung |
| <input type="checkbox"/> Wachstum/Körperbau (z. B. Fehlbildungen) | <input type="checkbox"/> Schulleistungen |
| <input type="checkbox"/> familiäre Probleme | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

Seit wann bestehen die Störungen bzw. Auffälligkeiten? _____

Welche Hilfen wünschen Sie? _____

Sind/waren Sie bereits in anderer Betreuung gewesen: ja nein

wenn ja, wo?

anderes SPZs ja nein

eines Kinder- und Jugendpsychiaters ja nein

eines Psychologen ja nein

andere: _____

2. Medikamente

Bekommt Ihr Kind zurzeit Medikamente? ja nein

Name des Medikaments	Dosis (mg)	Dosierung (z. B. 3x1)	Seit wann?

3. Hilfsmittel

Hat ihr Kind Hilfsmittel? ja nein

wenn ja:

Rollstuhl Brille Orthesen/Schienen

Hörgeräte andere _____

4. Vorerkrankungen

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden? ja nein

wenn ja, wann und welche? _____

5. Therapien

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien? Wenn ja, seit wann und wie oft?

		seit bzw. von...bis..	wie oft?	Wegen?	Wo?
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Logopädie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Heilpädagogik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Frühförderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Psychotherapie Spieltherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Andere: _____					

6. Bisherige Diagnostik

Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

	Name	Praxisort	Wann?	Befund
HNO-Arzt				
Augenarzt				
EEG				
MRT/CT				
Röntgen				
Andere: _____				

7. Hilfe für die Familie

Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten? ja nein
wenn ja, welche?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> familienentlastender Dienst | <input type="checkbox"/> häusliche Krankenpflege |
| <input type="checkbox"/> sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)/
Unterstützung Jugendamt | <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe/Nachbarschaftshilfe |
| <input type="checkbox"/> sonstige Hilfen: _____ | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle |

Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

ja nein

wenn ja: Grad der Behinderung: _____

Merkzeichen: _____

Besitzt Ihr Kind einen Pflegegrad? ja nein
wenn ja: Pflegegrad: _____

8. Schwangerschaft und Geburt

Hatten Sie Fehlgeburten/Totgeburten? ja nein
wenn ja, wann und wie viele: _____

Haben Sie reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen (z. B. ICSI, IVF)? ja nein

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft? ja nein
wenn ja, welche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Unfälle, Operationen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen |
| <input type="checkbox"/> wenig Kindsbewegungen | <input type="checkbox"/> schweres Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> seelische Belastung, beruflicher Stress | <input type="checkbox"/> fieberhafte Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Fruchtwasser zu viel/zu wenig | <input type="checkbox"/> Alkohol, Zigaretten, Drogen |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlung/Röntgen | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Medikamente, welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Komplikationen: _____ | |

Wann erfolgte die Geburt? zum Termin zu früh _____ zu spät _____

Gab es Komplikationen oder Besonderheiten bei der Geburt? ja nein
wenn ja, welche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnittentbindung (Sectio) | <input type="checkbox"/> Beckenendlage |
| <input type="checkbox"/> Saugglocke (Vakuumextraktion)/Zange (Forceps) | <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt |
| <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der kindlichen Herztöne | <input type="checkbox"/> grünes Fruchtwasser |
| <input type="checkbox"/> besonders lange Geburt | <input type="checkbox"/> besonders schnelle Geburt |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

9. Neugeborenenperiode

Geben Sie bitte an (siehe U1 gelbes Heft):

Geburtsgewicht: _____ g Länge: _____ cm

Kopfumfang: _____ cm APGAR ____/____/____

Nabelschnur-pH: _____

Hat das Kind nach Geburt sofort geschrien? ja nein

Gab es nach der Geburt Probleme? ja nein
wenn ja, welche? _____

Machte Ihnen in den ersten Lebensmonaten etwas Sorgen? ja nein

wenn ja, was?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bewegungsarmut | <input type="checkbox"/> häufiges Spucken/Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Ein- und Durchschlafschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Koliken/Bauchprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung/Asymmetrien | <input type="checkbox"/> Trinkschwäche |
| <input type="checkbox"/> Anfälle | <input type="checkbox"/> häufiges Verschlucken |
| <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit | <input type="checkbox"/> Unruhe/vermehrtes Schreien |
| <input type="checkbox"/> anderes: _____ | |

Wurde Ihr Kind gestillt? ja nein

wenn ja, wie lange? _____ (Monate/Jahre) voll gestillt

_____ (Monate/Jahre) teil gestillt

Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme? ja nein

(Beim Schlucken, Saugen, Kauen, Speichelfluss?) wenn ja, welche? _____

Erhielt Ihr Kind in den ersten Lebensmonaten Vitamin D? ja nein

10. Impfungen

Ist Ihr Kind nach Plan (gemäß STIKO) geimpft? ja nein

Hat es spezielle Impfungen erhalten (RSV, andere)? ja nein

wenn ja, welche und wann? _____

Gab es besondere Reaktionen auf die Impfung? ja nein

wenn ja, welche und wann? _____

11. Entwicklung

Folgende wichtige Entwicklungsschritte wurden von Ihrem Kind in welchem Alter erreicht?

Freies Sitzen _____ Monate

Hochziehen zum Stand _____ Monate

erste freie Schritte _____ Monate

erste Wörter _____ Monate

Sauberkeitsgewöhnung: tags sauber und trocken _____ Jahre

nachts sauber und trocken _____ Jahre

12. Ernährung

Gibt es Auffälligkeiten im Ernährungsverhalten? ja nein

wenn ja, welche? _____

13. Kindergarten- und Schulbesuch

Welche der folgenden Einrichtungen hat Ihr Kind besucht bzw. besucht es jetzt noch?

- Kinderkrippe im Alter von _____ Jahren bis _____ Jahren
 Kindergarten im Alter von _____ Jahren bis _____ Jahren
 Regelkindergarten Integrativplatz heilpädagogischer Kindergarten
 Grundschule ab dem Alter von _____ Jahren
 Regelgrundschule Förderzentrum (Name) _____
 weiterführende Schule
 Gymnasium Realschule Mittelschule Förderzentrum

Welche Klasse besucht Ihr Kind aktuell? _____ Klasse

Wurde eine Klasse wiederholt? ja nein
wenn ja, welche? _____

Erhält oder erhielt Ihr Kind Unterstützung in der Schule oder im Kindergarten? ja nein
wenn ja, durch wen?

- mobile sonderpädagogische Hilfe (mSH) mobiler sonderpädagogischer Dienst (MSD)
 Schulbegleiter Schulpsychologe
 andere: _____

14. Hausaufgabensituation

Wie lange benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben? _____

Wo fertigt Ihr Kind die Hausaufgaben an? zu Hause Mittagsbetreuung/Hort

Wie fertigt Ihr Kind die Hausaufgaben an? alleine mit zeitweiliger Unterstützung
 mit ständiger Unterstützung

Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben? ja nein
wenn ja, welche? _____

15. Stärken und Schwächen Ihres Kindes

Welche Stärken / positiven Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind? _____

Welche Schwächen / negativen Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind? _____

16. Spiel und Verhalten

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne? _____

Welche Interessen hat Ihr Kind (Sportarten, Hobbies, Freizeitaktivitäten)? _____

Wie hoch ist der Medienkonsum täglich (TV, Handy, Tablet)? __ Stunden; Anmerkungen:

Gibt es Auffälligkeiten im emotionalen Bereich oder Sozialverhalten? ja nein

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> trotzig | <input type="checkbox"/> aggressiv | <input type="checkbox"/> unruhig |
| <input type="checkbox"/> verträumt | <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> unkonzentriert | <input type="checkbox"/> verschlossen |
| <input type="checkbox"/> traurig | <input type="checkbox"/> kontaktarm | <input type="checkbox"/> impulsiv | <input type="checkbox"/> andere: |

Anmerkungen: _____

17. Schlafverhalten

Bitte geben Sie die Schlafenszeiten an Wochentagen an:

von abends _____ Uhr bis morgens _____ Uhr

Bestehen Einschlafprobleme? ja nein

Bestehen Durchschlafprobleme? ja nein

Treten im Schlaf Auffälligkeiten auf? ja nein

wenn ja, welche? Schnarchen Knirschen Sonstige _____

Nässt Ihr Kind ein? ja nein

Wo schläft Ihr Kind? Im eigenen Bett im eigenen Zimmer bei den Eltern
 bei den Geschwistern bei anderen: _____

18. Familie

Fragen zu den Eltern

	Vater	Mutter
Erlerner Beruf		
Vorerkrankungen		

Sind die Eltern blutsverwandt? ja nein

Geschwister

Name	Alter (Jahre)	Schule	Vorerkrankungen

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen, wie Sie bei Ihrem Kind vorliegen, in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? ja nein

Welche der folgenden Krankheiten sind in der engeren oder weiteren Familie aufgetreten?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> geistiger Entwicklungsrückstand | <input type="checkbox"/> spastische oder andere Lähmung |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Missbildungen |
| <input type="checkbox"/> verzögerte oder gestörte Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> Hörbehinderung/Taubheit |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung/Blindheit | <input type="checkbox"/> Asthma/Ekzem/Nesselsucht |
| <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Autismus |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

Bitte näheren Angaben dazu: _____

Bitte bringen Sie Folgendes zur Vorstellung mit:

- gelbe Heft,
- Impfpass
- Versicherungskarte
- Überweisungsschein vom Kinderarzt
- Vorbefunde
- Therapieberichte

Vielen Dank für das Ausfüllen und Ihre Mithilfe!