

Elternfragebogen zur Erstvorstellung

Liebe Eltern,
für die Untersuchung Ihres Kindes ist eine große Zahl von Informationen notwendig. Um die Zeit mit Ihrem Kind und Ihnen möglichst gut zu nutzen, bitten wir Sie, den Elternfragebogen über 9 Seiten vorab auszufüllen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Selbstverständlich ist das Ausfüllen des Fragebogens freiwillig. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Name des **Kindes**: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Nationalität: _____ Religionszugehörigkeit: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail: _____
Sorgeberechtigte: _____

Vor- und Zuname der **Mutter**: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail: _____
Schulabschluss: _____
Berufsausbildung: _____
Ausgeübter Beruf: _____ Stunden/Woche
Erkrankungen (körperlich, psychisch) _____

Nationalität: _____ Herkunftsland: _____ Religion: _____

Vor- und Zuname des **Vaters**: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail: _____
Schulabschluss: _____
Berufsausbildung: _____
Ausgeübter Beruf: _____ Stunden/Woche
Erkrankungen (körperlich, psychisch) _____

Nationalität: _____ Herkunftsland: _____ Religion: _____

Die **Kindeseltern** sind/waren in Partnerschaft seit: _____
 verheiratet seit: _____
 getrennt lebend seit: _____
 geschieden seit: _____

Geschwister des Kindes (bitte auch Halb- und Stiefgeschwister angeben)

Name _____ geb. _____ Alter _____

Schulart _____ Klasse _____ wohnt bei _____

Vollgeschwister Halbgeschwister mütterlicherseits oder väterlicherseits Stiefgeschwister

Gibt es Schwierigkeiten, wenn ja, welche? _____

Wie ist das Verhältnis zum Geschwisterkind? _____

Name _____ geb. _____ Alter _____

Schulart _____ Klasse _____ wohnt bei _____

Vollgeschwister Halbgeschwister mütterlicherseits oder väterlicherseits Stiefgeschwister

Gibt es Schwierigkeiten, wenn ja, welche? _____

Wie ist das Verhältnis zum Geschwisterkind? _____

Name _____ geb. _____ Alter _____

Schulart _____ Klasse _____ wohnt bei _____

Vollgeschwister Halbgeschwister mütterlicherseits oder väterlicherseits Stiefgeschwister

Gibt es Schwierigkeiten, wenn ja, welche? _____

Wie ist das Verhältnis zum Geschwisterkind? _____

Traten Verhaltensänderungen bei der Geburt von Geschwisterkindern auf?

Wenn ja, bitte beschreiben:

Angaben über andere wichtige Bezugspersonen des Kindes (innerhalb und außerhalb der Familie)

Entwicklungsgeschichte des Kindes

War die Schwangerschaft geplant? nein ja
Gab es vor oder nach der Geburt Fehlgeburten? nein ja

Traten bei der Mutter während der **Schwangerschaft** besondere Komplikationen oder Erkrankungen auf? nein ja
z.B. Erbrechen, Blutungen, Röteln, Toxoplasmose, Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Nierenerkrankungen, Krampfanfälle, Ohnmacht, Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalt wegen drohender Fehlgeburt oder anderes:

Hat die Mutter während der **Schwangerschaft** Medikamente (auch Schmerzmittel) eingenommen? nein ja
Alkohol getrunken? nein ja
Geraucht? (Wenn ja, wie viele ___ Zigaretten pro Tag) nein ja

Traten bei der Mutter während der **Schwangerschaft** seelische Belastungen oder Konflikte auf? nein ja
Wenn ja, welche?

Traten während der **Geburt** Komplikationen / Besonderheiten auf? Z.B. Abfall der Herztöne, Wehenschwäche, Kaiserschnitt, grünes Fruchtwasser oder anderes: nein ja

Gab es nach der **Geburt** Besonderheiten beim Kind? nein ja
Z.B. blau im Gesicht, Sauerstoffbeatmung, Lagerung im Wärmebett/ Brutkasten, Neugeborenen-Gelbsucht oder anderes:

Wie haben Sie die ersten Wochen nach der Geburt erlebt?

Traten im **ersten Lebensjahr** Schwierigkeiten beim Schlafen auf? Wenn ja, welche?: nein ja

Traten im **ersten Lebensjahr** Komplikationen oder nein ja

Krankheiten auf? Z.B. Neugeborenenkrämpfe, Fieberkrämpfe, Hirnhaut-Entzündung/Hirnentzündung, Lungenentzündung, Unfälle mit Bewusstlosigkeit, allergische Reaktionen, Hauterkrankungen, Operationen oder anderes:

Wann konnte das Kind alleine **sitzen**? Mit _____ Monaten.

Wann konnte das Kind alleine **gehen**? Mit _____ Monaten.

Ist das Kind **gekrabbelt**? Mit _____ Monaten. nein ja

Ist die **Sauberkeitsentwicklung** abgeschlossen? nein ja

Wann hatte es die Kontrolle über seine Blasenfunktion?

- Tags mit _____ Jahren.
- Nachts mit _____ Jahren.

Wann konnte es seinen Stuhlgang kontrollieren? Mit _____ Jahren.

(Erneutes) Einnässen seit dem _____ Lebensjahr, tagsüber und/oder nachts

(Erneutes) Einkoten seit dem _____ Lebensjahr bis _____

War die **Sprachentwicklung** auffällig? nein ja

Z.B. hastig, unverständlich, verschlucken von Silben oder Worten, Stottern, Ausspracheprobleme von bestimmten Buchstaben, Satzbildungsprobleme, zu wenig reden/zu viel reden oder anderes:

(Alter: _____)

Wann sprach das Kind die ersten Worte? Mit _____ Monaten.

Gibt / gab es Auffälligkeiten im **Spielverhalten** des Kindes? nein ja

Wenn ja, was ist / war auffällig? Ausdauer, Konzentration, Umgang mit dem Spielmaterial, Umgang mit anderen Kindern

Kindergarten und Schule

Das Kind besucht(e) eine

- **Tagesmutter** im Alter von _____ bis _____ Jahren für _____ Std. am Tag.
- **Kinderkrippe** im Alter von _____ bis _____ Jahren für _____ Std. am Tag.
- **Kindergarten** im Alter von _____ bis _____ Jahren für _____ Std. am Tag.
- **Schulkindergarten** im Alter von _____ bis _____ Jahren für _____ Std. am Tag.
- **Vorschule** im Alter von _____ bis _____ Jahren für _____ Std. am Tag.

Kommt / kam es dort gut zurecht?
Wenn nein, wann gab es Besonderheiten/Schwierigkeiten?

nein ja

Wurden von den Erziehern/innen auffällige Verhaltensweisen
des Kindes berichtet? Wenn ja, welche und in welchem Alter?

nein ja

Wie alt war das Kind bei der Einschulung? _____ Jahre
Welche Schulen hat das Kind besucht?

Derzeitige **Schule** und Klassenstufe:

Klassenlehrer/in: _____

Gibt es schulische Probleme?

nein ja

Wenn ja, welche? _____

Traten bisher **gravierende Erkrankungen** auf?
Z.B. wiederkehrende Infekte, chronische Erkrankungen, Gelbsucht,
Unfälle mit Verletzungen des Schädels, Operationen oder anderes:

nein ja

Hatte das Kind einen **Krampfanfall (Epilepsie)**?
Hat das Kind **Allergien**?

nein ja
nein ja

Ist dem Kind eine **Brille** verordnet worden?

nein ja

Wenn ja, wann erstmals? _____

Grund: _____

Nimmt das Kind bzw. die/der Jugendliche regelmäßig
Medikamente ein?

nein ja

Wenn ja, bitte Medikament und Dosierung angeben:

Gab es **besondere Ereignisse** im Leben des Kindes / des Jugendlichen? Z.B. Umzüge,
Tod einer ihm nahe stehenden Person, Gewalt, Vernachlässigung oder andere.

Das Kind lebt zusammen mit Mutter , Vater , Geschwistern _____

Andere in der Familie lebende Bezugspersonen _____

Wurden bei dem Kind folgende Auffälligkeiten beobachtet?

Bitte das Alter angeben.

- Nägelkauen mit _____ Jahren
- Daumenlutschen mit _____ Jahren
- Essstörungen mit _____ Jahren
- Nächtliches Aufschrecken mit _____ Jahren
- Grundlose Traurigkeit und Weinen mit _____ Jahren
- Kopfschmerzen mit _____ Jahren
- Bauchschmerzen, Erbrechen mit _____ Jahren
- Ruckartige Körperbewegungen mit _____ Jahren
- Töne von sich geben mit _____ Jahren
- Ängste mit _____ Jahren
- Minderwertigkeitsgefühle mit _____ Jahren
- Selbstmord- und Todesgedanken mit _____ Jahren
- Lese-Rechtschreibstörungen mit _____ Jahren
- Rechenschwäche mit _____ Jahren
- Allgemeine Lernprobleme mit _____ Jahren
- Schulunlust mit _____ Jahren
- Schulangst mit _____ Jahren
- Starker Trotz mit _____ Jahren
- Sachzerstörungen mit _____ Jahren
- Stehlen mit _____ Jahren
- Zündeln mit _____ Jahren
- Wutanfälle mit _____ Jahren
- _____ mit _____ Jahren

Wer ist der aktuelle Haus- und/oder Kinderarzt Ihres Kindes?

Bitte Namen und Adresse eintragen:

(Ort, Datum)

(Name in Druckschrift)

(Unterschrift)

Wir bedanken uns sehr für Ihre Mitarbeit.