

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

Liebe Eltern,

das Ausfüllen dieses Fragebogens wird einen gewissen Aufwand erfordern. Wir danken Ihnen für diese Mühe! Da Sie die Personen sind, die Ihr Kind am besten kennen, leisten Sie dadurch bereits einen wichtigen Schritt zu einer guten Planung und Durchführung der Beratung. Bitte schicken Sie den Bogen ausgefüllt zurück zum SPZ oder bringen ihn, wenn die Zeit nicht reicht, zum ersten Termin mit.

Kind:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Mutter:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

zur Zeit ausgeübt: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche: \_\_\_\_\_

Vater:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

zur Zeit ausgeübt: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche: \_\_\_\_\_

Geschwister:

- |                                 |                                    |                |                   |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Schwester | Vorname: _____ | Geb.-Datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Schwester | Vorname: _____ | Geb.-Datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Schwester | Vorname: _____ | Geb.-Datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Schwester | Vorname: _____ | Geb.-Datum: _____ |

Adresse:

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Geben Sie hier bitte noch die Wochentage bzw. Uhrzeiten an, wann Sie zu erreichen sind:

\_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte/r:

Eltern     Mutter     Vater:     \_\_\_\_\_

Familienstand:

verheiratet seit: \_\_\_\_\_     geschieden seit: \_\_\_\_\_  
 Lebensgemeinschaft seit: \_\_\_\_\_     getrennt seit: \_\_\_\_\_

Wer betreut das Kind hauptsächlich?

tagsüber: \_\_\_\_\_

abends: \_\_\_\_\_

Mit welchen Fragen kommen Sie zu uns?

---

---

---

---

---

---

---

Welche sonstigen Behandlungen bekommt Ihr Kind momentan (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie) und wo werden diese durchgeführt?

---

---

---

Bestehen zusätzliche Erkrankungen?

nein       ja, und zwar \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente?

nein

ja

Name des Medikamentes:

Dosierung

seit wann

---

---

---

Feld für den Kinderarzt:

---

---

---

---

---

Stempel des Kinderarztes

Schwangerschaft und Geburt:

War die Schwangerschaft geplant?  ja  nein  
War die Schwangerschaft gewünscht?  ja  nein

Hatten Sie während der Schwangerschaft körperliche Probleme?  
Wenn ja, welche?  ja  nein

---

Hatten Sie während der Schwangerschaft seelische Probleme?  
Wenn ja, welche?  ja  nein

---

Gab es während der Schwangerschaft sonstige größere Belastungen?  
Wenn ja, welche?  ja  nein

---

Kam das Kind zum errechneten Termin?  ja  nein

In welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Wo fand die Geburt statt?

---

Erfolgte die Entbindung mit einem Eingriff?  
Wenn ja, mit welchem (Kaiserschnitt, Zange, Saugglocke)  ja  nein

---

Gab es während bei der Geburt sonstige größere Belastungen?  
Wenn ja, welche?  ja  nein

---

Wurde Ihr Kind nach der Geburt oder innerhalb  
der ersten 7 Lebenstage in eine Kinderklinik verlegt?  
Wenn ja, was war der Grund?  ja  nein

---

Haben Sie Ihr Kind gestillt?  ja     nein  
 Wenn ja, wie lange?

---

Welche Nahrung erhält ihr Kind momentan?

---



---

Entwicklung des Kindes:

In welchem Alter begann Ihr Kind	Monate	nicht mehr erinnerlich	noch nicht
- sich vom Rücken auf den Bauch zu drehen?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu robben?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu krabbeln?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sich ohne Hilfe aufzusetzen?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ohne Festhalten zu laufen?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- von sich aus Gegenstände zu ergreifen?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu "erzählen", indem es mehrere Silben aneinander reiht?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Silben in einer bestimmten Bedeutung zu verwenden (erste sinnvolle Worte)?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Verbote oder kleine Aufforderungen zu verstehen?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei Zuwendung zu lächeln?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regelmäßig Angst oder Abwehr vor unbekanntem Personen zu zeigen ("fremdeln")?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu zähnen (1. Zahn)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!