

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?

- es bestehen keine Probleme in der Körperwahrnehmung
- im Hören in der Selbstständigkeit
- im Sehen im Verhalten
- im Wachstum im Umgang / Spiel mit anderen Kindern
- in der Ernährung in der Erziehung
- in der Intelligenzentwicklung in den Schulleistungen
- in der Sprachentwicklung _____
- in der Körperbeherrschung und Bewegung _____
- in der Geschicklichkeit und Feinmotorik _____

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: _____