

## 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: \_\_\_\_\_