



Fragebogen zur Vorgeschichte Ihres Kindes



Sozial-Pädiatrisches Zentrum

Fragebogen zur Vorgeschichte Ihres Kindes (von den Eltern auszufüllen)

Angaben zu Ihrem Kind

Name	Straße
Vorname	PLZ, Wohnort
Geburtsdatum	Tel.
Staatsangehörigkeit	Krankenversicherung

Bitte kleben Sie hier ein
aktuelles Foto von Ihrem Kind
ein.

Eltern

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Tel.		
E-Mail-Adresse:		

Sorgeberechtigt ist/sind ☐ Vater ☐ Mutter ☐ beide Eltern
☐ Sonstige:

Ggfs. Name der Pflegeeltern	Ggfs. Ansprechpartner Jugendamt / Familienhilfe
Tel.-Nr.	Tel.-Nr.



Fragen zu den Schwierigkeiten Ihres Kindes

Kreuzen Sie bitte an, in welchen Bereichen Sie Probleme Ihres Kindes vermuten:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Körperbeherrschung/Bewegung | ☐ Aufmerksamkeit, Konzentration | ☐ Hörvermögen |
| ☐ Sprachentwicklung | ☐ Schulleistungen | ☐ Sehvermögen |
| ☐ Verhalten | ☐ Wachstum | ☐ Krampfanfälle |
| ☐ Seelische Probleme | ☐ Fehlbildungen | ☐ Sonstiges |

Bitte beschreiben Sie die Sorgen, die Ihr Kind betreffen, mit eigenen Worten:
(Verwenden Sie bitte ggf. auch die Rückseite des Fragebogens)

Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Entwicklungsauffälligkeiten bemerkten? _____

Fragen zu bisher aufgesuchten Ärzten, Beratungsdiensten und Therapien:

Wo haben Sie Ihr Kind wegen der **oben genannten Schwierigkeiten** bereits vorgestellt?

	Name	wann?
Kinderarzt	_____	_____
Augenarzt	_____	_____
HNO-Arzt	_____	_____
Orthopäde	_____	_____
Kinder- und Jugend- psychiater	_____	_____
Kinderkliniken	_____	_____
Frühförderstelle	_____	_____
Psychologische Beratungsstelle	_____	_____
Andere SPZ	_____	_____
Außerdem bei	_____	_____

Welche **Untersuchungen** wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

(Bitte ggf. Befund beilegen.)

	Wo?	Ergebnis?	wann?
Hörprüfung	_____	_____	_____
Sehprüfung	_____	_____	_____
Kernspintomographie	_____	_____	_____
EEG	_____	_____	_____
Entwicklungstestung	_____	_____	_____
Andere	_____	_____	_____

Wurden oder werden bei Ihrem Kind **Behandlungen** durchgeführt?

	Therapeut, Grund der Behandlung	wann?
Krankengymnastik	_____	_____
Ergotherapie	_____	_____
Logopädie	_____	_____
Psychotherapie	_____	_____
Andere Therapien	_____	_____

Zur Vorgeschichte Ihres Kindes

Besonderheiten während der Schwangerschaft

	Schwanger- schaftsmonat		Schwanger- schaftsmonat
☐ Blutung	_____	☐ Unfälle	_____
☐ Vorzeitige Wehen	_____	☐ Infektionskrankheiten	_____
☐ Schwangerschaftserbrechen	_____	☐ Operationen	_____
☐ Erhöhter Blutdruck	_____	☐ Bestrahlungen	_____
☐ Medikamenteneinnahme	_____	☐ Diabetes	_____
☐ Alkohol	_____	☐ Rauchen	_____
☐ Besondere Ernährung (z.B. vegetarisch oder vegan)	_____		_____
☐ Seelische Belastung	_____		_____
☐ Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie	_____		_____
☐ Fehl- o. Totgeburt in früheren Schwangerschaften	_____		_____
☐ Sonstige Besonderheiten:	_____		
☐ keine Besonderheiten während der Schwangerschaft			

Zur Geburt Ihres Kindes

Wo wurde das Kind geboren?

☐ zu Hause

☐ in folgendem Krankenhaus: _____

☐ Die **Geburt** erfolgte

☐ zum errechneten Termin

☐ zu früh, in der _____ Schwangerschaftswoche

☐ zu spät, in der _____ Schwangerschaftswoche

War einer der **folgenden Eingriffe** notwendig?

☐ nein

☐ ja:

☐ Saugglocke

☐ Geburtszange

☐ Kaiserschnitt

Gab es **Geburtskomplikationen** (z.B. Nabelschnurumschlingung, Herztonabfall, Beckenendlage, Querlage, Gesichtslage, auffällige Plazenta)?

Bestand eine **Mehrlingsschwangerschaft**?

☐ nein

☐ ja; das Kind war der

☐ Erstgeborene

☐ Zweitgeborene

Bitte schauen Sie jetzt in das gelbe Vorsorgeheft Ihres Kindes.

Bei der „U1“ finden Sie folgende Angaben:

Geburtsgewicht _____ Gramm, Länge _____ cm, Kopfumfang _____ cm.

APGAR (5 und 10 Min.) ____/____ NA-pH _____

(steht im Vorsorgeheft bei U1; z.B. 9/10)

Musste das Kind nach der Geburt **beatmet** werden?

☐ nein

☐ ja: _____ Tage

Bestanden irgendwelche **Auffälligkeiten** beim Kind?

☐ nein

☐ ja: _____

Wurde Ihr Kind nach Geburt in eine **Kinderklinik** verlegt?

☐ nein

☐ ja; nach: _____

Zur Neugeborenenzeit

Hatte Ihr Kind in den **ersten Lebenswochen** eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?

☐ Krämpfe

☐ Gelbsucht

☐ Infektion

☐ Trinkschwäche

☐ Erbrechen

☐ Fieber

☐ Blutgruppenunverträglichkeit

☐ Sonstiges: _____

☐ keine Probleme in den ersten Lebenswochen

Zum Essverhalten

Wird/wurde Ihr Kind gestillt? ☐ nein ☐ ja: _____ (wie lange?)

Wird Ihr Kind mit einer speziellen Kost ernährt?
☐ nein ☐ ja (bitte die Kost beschreiben):

(z.B. vegetarisch, vegan, sonstige spezielle Diät oder besondere Ernährung)

Fallen/fielen Ihnen beim Essen Besonderheiten auf (z.B. beim Saugen, Schlucken oder Kauen; vermehrter Speichelfluss, Ablehnung grober Kost)? Bitte beschreiben Sie:

Zum Entwicklungsverlauf Ihres Kindes

Treten/traten im **Säuglingsalter** folgende Schwierigkeiten auf?

- ☐ Fütterprobleme ☐ andere Probleme: _____
- ☐ anhaltendes Schreien _____
- ☐ Schlafprobleme _____
- ☐ Spei- oder Spuckkind _____
- ☐ schwierig zu beruhigen _____
- ☐ Körperkontakt abweisend _____
- ☐ häufig unzufrieden wirken _____
- ☐ Allergie _____

Ungefähr in welchem **Alter** konnten Sie erstmals beobachten:

	Monat o. Jahr		Monat o. Jahr
Lächeln	_____	erste Wörter	_____
Greifen	_____	erste 2-Wort-Sätze	_____
Drehen	_____	Sauber, tags	_____
Krabbeln	_____	Sauber, nachts	_____
Freies Sitzen	_____	erster Zahn	_____
Freies Laufen	_____	Selbständig Anziehen	_____
Dreiradfahren (mit Treten und Lenken)	_____	Fahrradfahren	_____

Haben Sie bei Ihrem Kind einen **Entwicklungsstillstand** oder **Rückschritt** in der Entwicklung beobachtet?

☐ Nein ☐ Ja; bitte beschreiben: _____

Zum Kindergarten-/Vorschulalter

	ja	etwas	nein
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, gegenständlich zu malen ? (z.B. Haus, Männchen, Baum)	☐	☐	☐
Fällt es Ihrem Kind schwer, mit einer Schere auszuschneiden ?	☐	☐	☐
Drückt Ihr Kind Stifte zu fest / hält es Stifte nicht im Dreifingergriff?	☐	☐	☐
Besteht eine Ungeschicklichkeit der Arme, Hände und Finger?	☐	☐	☐
Benötigt Ihr Kind Hilfe beim Schließen von Knöpfen und Reißverschlüssen ?	☐	☐	☐
Wirkt die Bewegungssteuerung Ihres Kindes unkoordiniert ?	☐	☐	☐
Zeigt Ihr Kind Unsicherheiten beim Begehen von Treppen und unebenem Gelände?	☐	☐	☐
Hat(te) Ihr Kind Schwierigkeiten , Fahrradfahren zu lernen?	☐	☐	☐
Ist Ihr Kind in seiner Körpermotorik ungeschickt oder ängstlich? (z.B. beim Rennen, Klettern, Abhüpfen, Schaukeln, Ballfangen)	☐	☐	☐
Blättert Ihr Kind Bilderbücher u.ä. nur rasch und oberflächlich durch?	☐	☐	☐
Wurde/wird beim Spielen mit Bauklötzen, Basteln, Malen häufig weggeschaut ?	☐	☐	☐
Wurde/wird Ihr Kind beim Betrachten eines Bilderbuches oft unruhig ?	☐	☐	☐
Hört Ihr Kind nur unkonzentriert , kurz oder unwillig bei Erklärungen, beim Erzählen, beim Vorlesen zu?	☐	☐	☐
Versteht Ihr Kind altersgemäße Anweisungen , Bitten, Fragen oft nicht richtig oder hört es diese gar nicht?	☐	☐	☐
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich z. B. Namen, Lieder oder Reime zu merken?	☐	☐	☐

- Hat Ihr Kind **Schlafprobleme**? ☐ nein ☐ ja:
- ☐ Einschlafprobleme ☐ Häufiges nächtliches Erwachen
- ☐ Durchschlafprobleme ☐ Schlafen nur im elterlichen Bett möglich

Zur Sauberkeit:

- ☐ Trocken seit dem _____ Lebensjahr ☐ erneutes Einnässen seit _____
- ☐ Stuhlkontrolle seit dem _____ Lebensjahr ☐ erneutes Einkoten seit _____
- Wie oft hat Ihr Kind **Stuhlgang** (z.B. täglich, 3x pro Woche)? _____

Zur Pubertät:

- Wenn Ihre Tochter in der **Pubertät** ist:
- Erste Regel im Alter von _____ Jahren ☐ Regelblutung alle _____ Wochen
- Nimmt Ihre Tochter die Pille ein? ☐ nein ☐ ja

Zu früheren Erkrankungen

Hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?

☐ Hirnhautentzündung ☐ Schädelverletzung

☐ Unfälle: _____

Ergänzende Angaben, Komplikationen:

Sind bei Ihrem Kind **Krampfanfälle** aufgetreten? ☐ nein ☐ ja:

Wann trat der erste Anfall auf? _____

Wie oft traten im letzten Jahr Anfälle auf? _____

Wann trat der letzte Anfall auf? _____

Beschreiben Sie die Anfälle: _____

Hat Ihr Kind eine **chronische Erkrankung?** (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, rheumatische Erkrankungen...):

☐ nein ☐ ja, bitte angeben: _____

Hat Ihr Kind eine **Allergie:** ☐ nein ☐ ja, gegen _____

Erhält Ihr Kind **regelmäßig Medikamente?**

☐ nein ☐ ja:	Name des Medikaments	Menge/Dosierung
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

War Ihr Kind schon einmal **stationär in einer Klinik?** ☐ nein ☐ ja :

Name der Klinik	Wann?	Wie lange?	Warum?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Bitte fügen Sie diesem Fragebogen Kopien der Entlassbriefe bei!

Hat Ihr Kind **Sehstörungen?** ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Hat Ihr Kind **Hörstörungen?** ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Weitere Erkrankungen, die noch nicht erwähnt wurden? _____

Hat Ihr Kind eines der folgenden medizinischen **Hilfsmittel**? ☐ nein ☐ ja:

- ☐ Brille ☐ Hörgerät ☐ Rollator ☐ Rollstuhl
☐ Therapedreirad ☐ Schienen ☐ Spezialbett ☐ Stehständer
☐ Sonstiges: _____

Zur sozialen Entwicklung Ihres Kindes

Hauptbezugsperson(en) Ihres Kindes: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide Eltern

Weitere sehr **wichtige Bezugspersonen** (Großeltern, Verwandte, Freunde):

Wenn Ihr Kind schon im **Kindergarten** war/ist: Name: _____

Wann kam Ihr Kind in den Kindergarten? _____

Gab es Probleme in der Eingewöhnungszeit? ☐ nein ☐ ja: _____

Gibt es derzeit Probleme im Kindergarten? ☐ keine ☐ leichte ☐ deutliche: _____

Bei welchen **weiteren Einrichtungen / Tagesmüttern** wurde Ihr Kind längere Zeit betreut?

Wenn Ihr Kind schon in der **Schule** ist: Schulart _____

Name _____

Wurde Ihr Kind von der **Einschulung** zurückgestellt? ☐ nein ☐ ja, bitte Gründe angeben: _____

Wann wurde Ihr Kind **eingeschult**? _____ (bitte Jahr angeben) Aktuelle Klasse: _____

Hat Ihr Kind eine **Klasse wiederholt**? ☐ nein ☐ ja: _____ (welche Klasse?)

Lebte Ihr Kind zeitweilig in einem **Heim**? ☐ nein ☐ ja: _____

Ist Ihr Kind ein **Adoptivkind / Pflegekind**? ☐ nein ☐ ja: _____

Lebt oder lebte das Kind in einer **Pflegefamilie**? ☐ nein ☐ ja: _____

Haben Sie für Ihr Kind schon einmal **gesetzliche Hilfe** in Anspruch genommen?

- ☐ Jugendamt ☐ Sozialamt ☐ Versorgungsamt
☐ Behindertenausweis ☐ Pflegegeld ☐ Sonstiges

Haben Sie bei Ihrem Kind eine der folgenden **Verhaltensauffälligkeiten** beobachtet?

☐ Ängstlichkeit ☐ Zurückgezogenheit ☐ Wutausbrüche ☐

Aggressivität

☐ Haare ausreißen ☐ Zähneknirschen ☐ Nägelbeißen ☐ Daumenlutschen
☐ Lügen ☐ Stehlen ☐ Selbstverletzung ☐ Fremdverletzung
☐ Tics ☐ Auffällige Sexualentwicklung
☐ Sonstiges:

Besondere **Interessen und Fähigkeiten** Ihres Kindes:

Welche Neigungen, Interessen und Fähigkeiten hat Ihr Kind und welche Spiele bevorzugt es?

Wogegen hat Ihr Kind eine **besondere Abneigung**? (Spiele, Tätigkeiten):

Wie viele Stunden pro Tag beschäftigt sich Ihr Kind mit **elektronischen/digitalen Medien**
(z.B. Handy, Tablet, PC, Fernsehen) _____

Fragen zur **familiären Situation**:

	Mutter	Vater
Schulabschluss	_____	_____
Erlerner Beruf	_____	_____
Ausgeübter Beruf	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
Ggf. Asylstatus/Visum/ Aufenthaltsberechtigung bis	_____	_____

Familienstand der Eltern: ☐ verheiratet ☐ unverheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden

Sind die Eltern blutsverwandt? ☐ ja ☐ nein

Geschwister des Kindes: (Vorname, Geburtsdatum, Halbgeschwister?)

Wie viele Personen leben im **Haushalt**? _____ Haustiere? _____

Welche **Sprachen** werden in der Familie gesprochen? _____

Sind **gleiche oder ähnliche Probleme**, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon einmal in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen?

☐ nein ☐ ja, bitte beschreiben:

Gibt es eine der folgenden **Krankheiten oder Störungen** in der weiteren oder näheren Familie?

Bei wem? (z.B. Opa mütterlicherseits, Cousin des Vaters)

- | | |
|---|-------|
| ☐ Geistiger Entwicklungsrückstand | _____ |
| ☐ Sehstörungen | _____ |
| ☐ Hörstörungen | _____ |
| ☐ Spastische oder sonstige Lähmung | _____ |
| ☐ Bewegungsstörung | _____ |
| ☐ Epilepsie | _____ |
| ☐ Fehlbildungen | _____ |
| ☐ Psychische Erkrankungen | _____ |
| ☐ Schulprobleme | _____ |
| ☐ Sprachentwicklungsstörung | _____ |
| ☐ Aufmerksamkeitsstörung (ADS, ADHS) | _____ |
| ☐ Lese-Rechtschreibstörung (LRS) | _____ |
| ☐ Rechenstörung (Dyskalkulie) | _____ |
| ☐ Sonstiges | _____ |

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bedanken uns für Ihre Bemühungen!

Bitte schicken Sie diesen Fragebogen mit den übrigen Unterlagen baldmöglichst zurück.