



Liebe Eltern,

dieser Fragebogen hilft uns bei der Vorbereitung auf den Termin Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie ihn in Absprache mit dem Kinderarzt vollständig aus. Alle Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig und werden streng vertraulich behandelt!

Allgemeine Angaben

Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum				
Straße, Hausnummer				
PLZ / Ort / Landkreis				
Krankenversicherung				
Hauptversicherte/r			Geboren:	
Telefon / Fax / E-Mail				
Bei wem lebt das Kind?	☐ Eltern	☐ Mutter	☐ Vater	☐ Sonst.: _____
Wer hat das Sorgerecht?	☐ Eltern	☐ Mutter	☐ Vater	☐ Sonst.: _____
Mutter	Schulabschluss: _____		Berufsausbildung: _____	
Vater	Schulabschluss: _____		Berufsausbildung: _____	
Aktueller Beruf	Mutter: _____	Vater: _____		

Das Wichtigste zuerst

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

Welche Hilfen erwarten Sie?

Medizinische Fragestellung (vom überweisenden Kinderarzt auszufüllen):

Praxisstempel, Datum

Krankheiten und Beschwerden Ihres Kindes

Zu dem Problem, wegen dem Sie zu uns kommen: wurde bei Ihrem Kind bereits eine Diagnose gestellt?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche?

Wurden bereits Untersuchungen durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

(bitte legen Sie Kopien von Arztberichten, Befunden, MRT-Bildern etc. bei)

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind epileptische Anfälle? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wann zuletzt?

Wie häufig sind sie?

Wie lange dauern sie?

Wie genau sehen die Anfälle aus?

Gab oder gibt es weitere medizinische Probleme (andere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden)? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

Angaben zur Familie

Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?

Vorname/n, Geburtsjahr/e:

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern?

Ja,... bei...

Bisherige Entwicklung Ihres Kindes

So gut Sie sich erinnern:

Gezieltes Greifen	... im Alter von _____ Monaten
Umdrehen von Rücken- in Bauchlage	... im Alter von _____ Monaten
Freies Sitzen	... im Alter von _____ Monaten
Krabbeln	... im Alter von _____ Monaten
Selbständiges Gehen	... im Alter von _____ Monaten
Erste 2 bis 3 sinnvolle Wörter	... im Alter von _____ Monaten
Erste Zweiwortsätze	... im Alter von _____ Monaten
Zeigt auf benannte Körperteile	... im Alter von _____ Monaten
Einfaches Rollenspiel („so tun als ob“)	... im Alter von _____ Monaten
Tagsüber sauber und trocken	... im Alter von _____ Monaten
Kennt Grundfarben	... im Alter von _____ Monaten
Er/sie zählt zurzeit sicher bis:	_____

Fördersituation Ihres Kindes

Erhält Ihr Kind Frühförderung? ☐ Nein ☐ Ja, seit _____ ☐ geplant ab _____

Name der Einrichtung _____
Kontaktperson & Telefon _____

Erhält oder erhielt Ihr Kind eine der folgenden Therapien oder Diagnostik?

Physiotherapie	☐ Ja ☐ Nein	Wie oft? _____ Kontaktperson: _____
Ergotherapie	☐ Ja ☐ Nein	Wie oft? _____ Kontaktperson: _____
Logopädie	☐ Ja ☐ Nein	Wie oft? _____ Kontaktperson: _____
Psychotherapie	☐ Ja ☐ Nein	Wie oft? _____ Kontaktperson: _____

Erhält oder erhielt Ihr Kind andere Therapien? ☐ Nein ☐ Ja, seit _____ ☐ geplant ab _____

Wenn ja, welche? _____ Wie oft? _____

Sozialrechtliche Förderung und familienunterstützende Hilfen

Werden Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen?

Pflegegeld: ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt
Pflegegrad: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung / Schwerbehinderung getroffen?

Schwerbehindertenausweis: ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt
Grad der Behinderung ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100
Merkzeichen: ☐ G ☐ H ☐ B ☐ aG ☐ BI ☐ RF ☐ GI ☐ TBI

Gibt es familienunterstützende Maßnahmen? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Angaben zu Ihrem Kind: Schwangerschaft und Geburt

Gab es Fehl- oder Totgeburten?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, wann?

Gab es Probleme in der Schwangerschaft?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, was und wann?

Erfolgte die Geburt im Krankenhaus?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn nein, wo?

Wurde Ihr Kind zu früh geboren?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, in welcher Woche?

Gab es bei der Geburt Komplikationen?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche?

Welche Werte zur Geburt sind im gelben Vorsorgeheft verzeichnet?

Gewicht und Länge:

Kopfumfang:

pH-Wert:

APGAR-Werte:

/

/ /

Angaben zur Neugeborenenzeit Ihres Kindes (erste 4 Lebenswochen)

Gab es Probleme oder Komplikationen?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche?

Wurde Ihr Kind in einer Kinderklinik betreut?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, in welcher?

Mit welchen Diagnosen?

Impfungen

Ist Ihr Kind nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission (StIKo) geimpft?

☐ Nein

☐ Ja

Falls zusätzliche Impfungen: welche?

Kindergarten und Schule

Aktuell: Besuch von Kindergarten / Schule?

☐ Nein

☐ Ja, seit _____

☐ geplant ab _____

Name & Ort der Einrichtung _____

Art der Einrichtung _____

Kontaktperson & Telefon _____

Mein Kind geht aktuell in die
Einschulungsjahr _____

_____ Klasse

Gibt es Probleme in Kindergarten oder Schule?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind später eingeschult?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, warum? _____

Stärken und Schwächen

Stärken hat er/sie in _____

Schwächen/Probleme hat er/sie in _____

Spiel und Verhalten

Gibt es Verhaltensprobleme in der Einrichtung (Schule oder Kindergarten)?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Gibt es Verhaltensprobleme zuhause?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Was und wie spielt Ihr Kind?

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten!

Mit einer Kontaktaufnahme per Mail bin ich einverstanden

☐ Ja

Datum, Unterschrift _____ , _____