

## Fragen an die Eltern

(Kinder unter drei Jahre)

Ausgefüllt von : \_\_\_\_\_

Ausgefüllt am : \_\_\_\_\_

Im folgenden Fragebogen haben wir Angaben zur Entwicklung, zum Verhalten und zur allgemeinen Lebenssituation Ihres Kindes zusammengestellt, die für die Vorstellung in unserer Ambulanz wichtig sind. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und antworten Sie ruhig ausführlich. So können Sie und wir uns bereits auf das Gespräch vorbereiten.

### **ANGABEN ZUM KIND** (bitte ausfüllen)

Vorname und Name des Kindes	Geburtsdatum
Telefon (Festnetz- und Mobilnummer, Fax). Wer meldet sich?	
Emailadresse	
Name, Adresse und Telefonnummer des behandelnden Kinderarztes	
Grund der Vorstellung Ihres Kindes	

**FAMILIENANAMNESE (bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)**

<b>VATER, Alter:</b> _____		Schulabschluss <input type="checkbox"/> keiner	
Berufsausbildung: _____		<input type="checkbox"/> Haupt- oder Realschulabschluss	
Berufstätigkeit: _____		<input type="checkbox"/> Abitur/Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> (Fach-) Hochschulabschluss	
Ausübung: <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Elternzeit			
<b>MUTTER, Alter:</b> _____		Schulabschluss <input type="checkbox"/> keiner	
Berufsausbildung: _____		<input type="checkbox"/> Haupt- oder Realschulabschluss	
Berufstätigkeit: _____		<input type="checkbox"/> Abitur/Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> (Fach-) Hochschulabschluss	
Ausübung: <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Elternzeit			
Eltern sind:		Sorgerecht	
<input type="checkbox"/> verheiratet oder zusammenlebend		<input type="checkbox"/> gemeinsam	
<input type="checkbox"/> geschieden, getrennt bzw. alleinerziehend		<input type="checkbox"/> alleinig, wer: _____	
<b>GESCHWISTER</b>			
Vorname	Geburtsdatum	Krankheiten, Auffälligkeiten der Entwicklung ja   Falls ja, welche?	
1.	<input type="checkbox"/>		
2.	<input type="checkbox"/>		
3.	<input type="checkbox"/>		
4.	<input type="checkbox"/>		
5.	<input type="checkbox"/>		
Wer betreut die Kinder?			
<b>BESONDERHEITEN BEI FAMILIENMITGLIEDERN UND VERWANDTEN</b>			
<i>Bitte Zutreffendes ankreuzen</i>		<i>Bitte beschreiben (wer, welche Krankheit ...)</i>	
<input type="checkbox"/> Blutsverwandtschaft der Eltern			
<input type="checkbox"/> Epilepsie			
<input type="checkbox"/> Neurologische, psychische Krankheiten			
<input type="checkbox"/> chronische Schmerzen			
<input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen, z.B. Kinder, die eine Sondereinrichtung besuchen			
<input type="checkbox"/> Verhaltensprobleme			
<input type="checkbox"/> Sprachstörungen			
<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen			
<input type="checkbox"/> Fehlbildungen			
<input type="checkbox"/> Alkohol-/ Drogenmissbrauch			
<input type="checkbox"/> Sonstige Krankheiten			

**SCHWANGERSCHAFTSANAMNESE** (bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Hatte die Mutter Fehl-/ Totgeburten	In welchem Jahr?
Bestanden in der Schwangerschaft mit diesem Kind: In welchem Monat? Bitte näher beschreiben ...	
<input type="checkbox"/> Infektionen? <input type="checkbox"/> Blutungen? <input type="checkbox"/> andere Krankheiten?	
Wurde in der Schwangerschaft eine vorgeburtliche Untersuchung durchgeführt, z.B.	
<input type="checkbox"/> Fruchtwasseruntersuchung <input type="checkbox"/> Chorionzottenbiopsie <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchungen <input type="checkbox"/> Wurden während der Schwangerschaft Medikamente, Nikotin oder Alkohol eingenommen?	

**GEBURTSANAMNESE** (bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Die Geburt erfolgte <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> im Geburtshaus <input type="checkbox"/> sonstiges
Wurde das Kind am errechneten Termin geboren?
Zu früh (wie viele Tage/ Wochen)? _____ Zu spät (wie viele Tage/ Wochen)? _____
Handelte es sich um eine Geburt auf:
<input type="checkbox"/> normalem Wege <input type="checkbox"/> durch Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Zange
<input type="checkbox"/> Hatte das Kind die Nabelschnur um den Hals geschlungen? <input type="checkbox"/> War das Kind nach der Geburt blass oder blau? <input type="checkbox"/> Schrie das Kind sofort? <input type="checkbox"/> Musste es beatmet werden?
Geburtsgewicht: _____ Länge bei Geburt: _____ Kopfumfang bei Geburt: _____
APGAR-Werte (Vorsorgeheft): _____ Nabelschnur-pH (Vorsorgeheft): _____
Besonderheiten (Vorsorgeheft):

**NEUGEBORENEPERIODE**

Hatte Ihr Kind in der Neugeborenenzeit Probleme?
Wurden Sie bei der Entlassung des Kindes auf Besonderheiten aufmerksam gemacht?
Falls Ihr Kind in der Neugeborenenzeit in eine Kinderklinik verlegt werden musste, wie lange ist es dort behandelt worden und warum?

**ENTWICKLUNGSMEILENSTEINE**

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls nein, was ist Ihnen aufgefallen?	
In welchem Lebensmonat konnte Ihr Kind... <i>(bitte Alter eintragen)</i>	
<b>Bewegung</b>	den Kopf aus der Bauchlage anheben?
	etwas mit der Hand zum Mund führen?
	nach Gegenständen greifen?
	von der Rückenlage auf den Bauch drehen?
	robben?
	krabbeln?
	sich ohne Hilfe aufsetzen?
	sich zum Stehen hoch ziehen?
	erste Schritte frei gehen?
	gezielt nach kleinen Gegenständen greifen (wie Fussel, Krümel, etc.)
<b>Sprache und Gehör</b>	Kann Ihr Kind gut hören? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls nein bitte beschreiben</i>
	Wurde das Gehör untersucht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls ja, bitte Ergebnis beschreiben</i>
	Wendet es den Kopf in Richtung eines Geräusches? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wann begann das Kind erste Laute zu bilden?
	Wann begann ihr Kind Silbenketten zu bilden („wawawa“, „dududu“)
	Wann hat es die ersten Wörter gesagt?
	Wie viele Wörter spricht es jetzt ungefähr?
	Aus wie vielen Wörtern besteht ein Satz ihres Kindes? <i>Nennen Sie ein Beispiel</i>

<b>Sehen und Soziales Verhalten</b>	Wann begann das Kind zu lächeln?
	Wann begann das Kind Sie anzuschauen?
	Wann begann das Kind, einem Gegenstand nachzuschauen?
	Hält das Kind Gegenstände besonders dicht vor die Augen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Ist es in augenärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Hat Ihr Kind jemals gefremdelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls ja, in welchem Alter</i>
	Zeigt Ihr Kind Interesse an anderen Kindern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Hat Ihr Kind jemals den Zeigefinger benutzt, um auf etwas zu zeigen oder um Interesse für etwas zu bekunden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Bringt Ihr Kind Ihnen Dinge, um sie Ihnen zu zeigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Macht Ihr Kind Sie nach? (z.B wenn Sie eine Grimasse schneiden) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Reagiert Ihr Kind auf seinen Namen, wenn Sie es rufen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn Sie auf ein Spielzeug am anderen Ende des Zimmers zeigen, schaut Ihr Kind es dann an? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Essverhalten und Schlaf</b>	Isst Ihr Kind feste Kost? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Isst Ihr Kind selbständig mit der Hand? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Kann es allein aus dem Becher trinken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Schläft Ihr Kind Ihrer Meinung nach ausreichend, zuviel, zu wenig, zu unruhig, verzögert ein? <i>(bitte unterstreichen)</i>
	Gab/Gibt es Probleme bei den Übergängen von Milch zu Breikost und dann zu fester Nahrung <i>(bitte genauer beschreiben)</i>
<b>Spielverhalten</b>	Was spielt Ihr Kind gerne?
	Erkundet Ihr Kind gerne neue Gegenstände (z.B. mit dem Mund. <i>Bitte beschreiben</i> )?
	Spielt Ihr Kind bestimmte Situationen nach („Als-Ob-Spiel“ z.B. Bauklotz als Auto „brumm, brumm“, Rollenspiele. <i>Bitte beschreiben</i> )?

**SIND BEI IHREM KIND ANDERE PROBLEME BEKANNT?**

Herz:
Lunge:
Niere:
Bauch:
Neurologische Probleme:
Muskulatur und Gelenke:
Verhalten:
Andere Probleme:
Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Welche?

**ÄRZTLICHE BETREUUNG** *(Bitte bringen Sie entsprechende Befunde/Berichte mit)*

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Weshalb? Bei wem (Name und Telefonnr.)?
Krankenhausaufenthalte, Operationen

**IMPFUNGEN** *(Bitte Impfausweis zur Untersuchung mitbringen)*

Hat Ihr Kind regelmäßig Impfungen erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Traten nach den Impfungen Komplikationen auf? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls ja bitte beschreiben</i>

**THERAPIE/FÖRDERUNG** *(Bitte bringen Sie entsprechende Befunde/Berichte mit)*

Förderung: Erhielt oder erhält Ihr Kind ...	Bei wem?	von ... bis ...
<input type="checkbox"/> Physiotherapie		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Logopädie		
<input type="checkbox"/> andere Frühfördermaßnahmen, <i>bitte beschreiben</i>		
Besucht Ihr Kind eine Krippe, Tagesstätte, Kindergarten, o.ä.?		

**SOZIALRECHTLICHE VERSORGUNG/HILFSMITTEL**

Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:			
Pflegestufe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	_____ % GdB	Merkzeichen:	_____