

Fragebogen zur Vorgeschichte des Kindes

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____
Geb. am: _____ in: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Lebt bei beiden Eltern Vater Mutter _____
Sorgeberechtigt: beide Eltern Vater Mutter _____
Versichert über _____ Krankenkasse: _____

Angaben zur Familie

1. Erziehungsberechtigte(r):

Name: _____ Vorname: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____
Telefonisch erreichbar unter: _____
Email: _____
Berufstätig ja nein wenn ja, ganztags Teilzeit _____h/Woche
Wichtige Erkrankungen: _____

2. Erziehungsberechtigte(r):

Name: _____ Vorname: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____
Telefonisch erreichbar unter: _____
Email: _____
Berufstätig ja nein wenn ja, ganztags Teilzeit _____h/Woche
Wichtige Erkrankungen: _____

Die Eltern sind: verheiratet getrennt geschieden
Sie erziehen Ihr(e) Kind(er) gemeinsam allein, als 1. EB 2. EB

Angaben zur Betreuung und Schulausbildung

Besucht(e) Ihr Kind folgende Einrichtungen?

Tagesmutter Kinderkrippe Kindergarten

Name der Einrichtung: _____

Welche Schule besucht oder besuchte Ihr Kind?

Grundschule Regelschule Gymnasium Gemeinschaftsschule

Förderschule Gesamtschule Berufsbildenden Schule

Jahr der Einschulung _____

Name der aktuellen Schule: _____ Klasse: _____

In welchen der folgenden Bereiche sehen Sie Probleme bei Ihrem Kind?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Probleme | <input type="checkbox"/> Körperwahrnehmung |
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Sehen |
| <input type="checkbox"/> Wachstum | <input type="checkbox"/> Selbständigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Erziehung |
| <input type="checkbox"/> Intelligenzentwicklung | <input type="checkbox"/> Schulleistung |
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung und Bewegung |
| <input type="checkbox"/> Geschicklichkeit und Feinmotorik | <input type="checkbox"/> Umgang / Spiel mit anderen Kindern |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

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- oder Logopädie, Physiotherapeut, SPZ?

(bitte geben Sie Namen, Zeitraum und den Grund an)

- _____
- _____
- _____
- _____

Wurde Ihr Kind bereits in einer Klinik stationär behandelt?

nein

ja: Name der Klinik(en): _____

Wegen: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

nein

ja: Name und Dosierung der Medikamente: _____

Bei Jugendlichen:

Rauchen Pille regelmäßig Alkohol

Bisher durchgeführte spezielle Untersuchungen:

Röntgen folgende Körperteile _____

Kernspintomographie (MRT) am _____ folgende Körperregion _____

Ultraschall am _____ folgende Körperregion _____

EEG zuletzt am _____ Hörprüfung Augenarzt zuletzt am _____

psychologische Untersuchungen

Ergänzende Angaben:

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

Vielen Dank!

Erfurt, den

Unterschrift: _____