

Fragebogen zur Entwicklung des Kindes

Schwangerschaft

Wunschkind

- nein
- ja

Traten in der Schwangerschaft Komplikationen auf?

- nein
- wenn ja, welche:

Gab es Erkrankungen der Mutter, Unfälle, Operationen oder auch seelische Belastungen?

- nein
- wenn ja, welche:

Während der Schwangerschaft wurde...

- geraucht. Wenn ja, wie viel pro Tag:
- Alkohol getrunken. Wenn ja, was und wie häufig:
- Medikamente eingenommen. Wenn ja, welche:
- Drogen konsumiert. Wenn ja, welche:
- nichts dergleichen

Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) erfolgte die Geburt?

- zeitgerecht: ____ SSW
- Frühgeburt (vor 36.SSW): ____ SSW
- Übertragung (nach 42. SSW): ____ SSW

Auffälligkeiten im Geburtsverlauf:

- nein
- wenn ja, welche:

Geburtsgewicht: _____ Gramm

Geburtslänge: _____ cm

Kindliche Entwicklung

Traten Komplikationen in den ersten Lebensjahren auf?

- nein
- Ernährungsstörungen. Wenn ja, welche:
- Schlafstörungen. Wenn ja, welche:
- Übermäßiges Schreien. Wenn ja, bitte ausführen
- Krampfanfall. Wenn ja, bitte ausführen:
- andere Auffälligkeiten. Welche:

Statomotorik

Bestanden Auffälligkeiten in der Entwicklung von Greifen, Krabbeln, Sitzen und Laufen?

- nein
- wenn ja, welche:

Das Kind konnte frei laufen mit: _____ Monaten

Sprachentwicklung

Bestanden Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung?

- nein
- wenn ja, welche:

Sauberkeitsentwicklung

Bestanden Auffälligkeiten in der Sauberkeitsentwicklung?

- nein
- wenn ja, welche:

Das Kind hat nicht mehr eingekotet mit: _____

Das Kind hat nicht mehr eingenässt mit: _____

Bestanden Auffälligkeiten beim Schlaf oder in der Ernährung/beim Stillen?

- nein
- wenn ja, welche:

Das Kind wurde gestillt bis:

Weitere Auffälligkeiten in der Säuglings- und Kleinkindentwicklung?

- nein
- wenn ja, welche:

Betreuung des Kindes vor der Einschulung

- Betreuung zu Hause durch _____ bis:
- Tagesmutter. Wenn ja, von-bis:
- Krippe / Kita / Kindergarten. Wenn ja, von-bis:
- anderes. Wenn ja, was und von-bis:

Auffälligkeiten bei der o. g. Betreuung (z.B. Trennungsängste, etc.)?

- nein
- wenn ja, welche:

Schulentwicklung, Hortbesuch, Ausbildung

Die Einschulung erfolgte

- zeitgerecht
- vorzeitig
- zurückgestellt

im Alter von: _____ Jahren

Wie verlief der Schulbesuch?

- regelrecht
- Klasse übersprungen. Wenn ja, welche?:
- Klasse wiederholt. Wenn ja, welche?:
- Umschulung in:
- abgebrochen. Wenn ja, wann?:

Pubertätsentwicklung

- ja, erste Regelblutung/erster Samenerguss mit _____ Jahren
- noch nicht eingetreten

Kontakt- und Sozialverhalten / Beziehungen

Soziale Integration:

- gut integriert, viele Freunde
- integriert, wenige Freunde
- nicht gut integriert. Wenn ja, bitte erläutern:

Spielverhalten auffällig?

- nein
- wenn ja, wie:

Aktivität in einem Verein o. ä.?

- nein
- wenn ja, was:

Stärken, Interessen, Hobbies

Erziehungsstil, Belohnung, Strafen

Konsum von:Zigaretten nein ja, _____ Zigaretten/TagAlkohol nein ja, Menge pro Tag/Woche: _____Illegalen Drogen (z.B. Haschisch) nein ja, Substanz: _____
Häufigkeit: _____**Familienanamnese**

Die leiblichen Eltern sind

- in Lebensgemeinschaft seit:
- verheiratet seit:
- getrennt seit:
- geschieden seit:
- haben nie zusammen gelebt
-

Falls Eltern nicht zusammen leben: Kontakt zum abwesenden Elternteil ist

- regelmäßig (wie häufig?):
- selten (wie häufig?):
- kein Kontakt
-

Kindesmutter

Alter: _____ Jahre

Schulabschluss:

erlernter Beruf:

ausgeübte Tätigkeit (Umfang):

körperliche/psychische Probleme:

Kindesvater

Alter: _____ Jahre

Schulabschluss:

erlernter Beruf:

ausgeübte Tätigkeit (Umfang):

körperliche/psychische Probleme:

Soziale Elternteile („Stief“eltern/-teile, Pflegeeltern, etc.):

- nein
- wenn ja: wer, wann?

Kontakt besteht zu:Großmutter ms. ja nein

Großvater ms. ja nein

Großmutter vs. ja nein

Großvater vs. ja nein

Geschwister

| Name | Geschlecht w/m | Alter | Kita, Schule, Klasse |
|------|----------------|-------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Besonderheiten bei Geschwistern?

- nein
- wenn ja: welche bei wem:

Familiäre Lebenssituation

Kind hat eigenes Zimmer ja nein

Kind hat eigenen TV ja nein

Kind hat eigenen PC ja nein

Die tägliche TV-Zeit beträgt ca. _____ Stunden.

Die tägliche Zeit vor dem PC/Spielekonsole beträgt ca. _____ Stunden.

Taschengeld: _____ Euro pro Woche

Medizinisch-therapeutische Angaben

(bitte ggf. Angabe „ja/nein“ und ggf. was, wann, wo, mit welchem Ergebnis)

Kinderkrankheiten:

Unfälle:

Allergien:

HNO-Untersuchung:

Augenarzt-Untersuchung:

Klinik-, Kuraufenthalte, Operationen:

Ergotherapie erhalten?

- nein
- wenn ja: bei wem, von - bis:

Logopädie erhalten?

- nein
- wenn ja: bei wem, von - bis:

Ambulante Psychotherapie

- nein
- wenn ja: bei wem, von - bis:

Behandlung beim Kinder- und Jugendpsychiater oder in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

- nein
- wenn ja: wo, von - bis:

Medikamentöse Behandlung (außer Hals-, Kopfschmerztabletten o.ä.)

- nein
- wenn ja: welches Präparat, welche Dosis, von - bis:

Weitere frühere oder laufende Hilfen (ärztliche, psychologische, sozialpädagogische Untersuchungen, Erziehungsberatung, KJPD, Jugendamt, Gesundheitsamt, Schulpsychologischer Dienst, usw., Hilfen seitens des Jugendamtes (Eltern- u. Familienberatung, Familienhilfe, Einzelfallhilfe, Unterbringung in einer Einrichtung der Jugendhilfe)

- nein
- wenn ja: welche, von - bis:

War das Kind in **Heimeinrichtungen** untergebracht? Wenn ja, in welchen und wann?

Sollten Ihnen bereits Berichte/Befunde vorliegen, so wäre es sehr hilfreich, wenn Sie diese in Kopie beifügen könnten. Alle Unterlagen werden streng vertraulich behandelt.

