

Datum: _____

Liebe Eltern,

das Ausfüllen dieses Fragebogens wird einen gewissen Aufwand erfordern. Wir danken Ihnen für diese Mühe! Da Sie die Personen sind, die Ihr Kind am besten kennen, leisten Sie dadurch bereits einen wichtigen Schritt zu einer guten Planung und Durchführung der Beratung. Bitte schicken Sie den Bogen ausgefüllt zurück zum SPZ oder bringen ihn, wenn die Zeit nicht reicht, zum ersten Termin mit.

Kind:

Nachname: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Mutter:

Nachname: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

erlernter Beruf: _____

zur Zeit ausgeübt: _____ Stunden/Woche: _____

Vater:

Nachname: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

erlernter Beruf: _____

zur Zeit ausgeübt: _____ Stunden/Woche: _____

Geschwister:

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Schwester | Vorname: _____ | Geb.-Datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Schwester | Vorname: _____ | Geb.-Datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Schwester | Vorname: _____ | Geb.-Datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bruder | <input type="checkbox"/> Schwester | Vorname: _____ | Geb.-Datum: _____ |

Adresse:

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____ Email: _____

Geben Sie hier bitte noch die Wochentage bzw. Uhrzeiten an, wann Sie zu erreichen sind:

Sorgeberechtigte/r:

Eltern Mutter Vater: _____

Familienstand:

verheiratet seit: _____ geschieden seit: _____
 Lebensgemeinschaft seit: _____ getrennt seit: _____

Wer betreut das Kind hauptsächlich?

tagsüber: _____

abends: _____

Mit welchen Fragen kommen Sie zu uns?

Welche sonstigen Behandlungen bekommt Ihr Kind momentan (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie) und wo werden diese durchgeführt?

Bestehen zusätzliche Erkrankungen?

nein ja, und zwar _____

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente?

nein

ja

Name des Medikamentes:

Dosierung

seit wann

Feld für den Kinderarzt:

Stempel des Kinderarztes

Schwangerschaft und Geburt:

War die Schwangerschaft geplant? ja nein

War die Schwangerschaft gewünscht? ja nein

Hatten Sie während der Schwangerschaft körperliche Probleme? ja nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie während der Schwangerschaft seelische Probleme? ja nein

Wenn ja, welche?

Gab es während der Schwangerschaft sonstige größere Belastungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Kam das Kind zum errechneten Termin? ja nein

In welcher Schwangerschaftswoche? _____

Wo fand die Geburt statt?

Erfolgte die Entbindung mit einem Eingriff? ja nein

Wenn ja, mit welchem (Kaiserschnitt, Zange, Saugglocke)

Gab es während bei der Geburt sonstige größere Belastungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Wurde Ihr Kind nach der Geburt oder innerhalb
der ersten 7 Lebenstage in eine Kinderklinik verlegt? ja nein

Wenn ja, was war der Grund?

Haben Sie Ihr Kind gestillt? ja nein
 Wenn ja, wie lange?

Welche Nahrung erhält ihr Kind momentan?

Entwicklung des Kindes:

In welchem Alter begann Ihr Kind	Monate	nicht mehr erinnerlich	noch nicht
- sich vom Rücken auf den Bauch zu drehen?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu robben?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu krabbeln?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sich ohne Hilfe aufzusetzen?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ohne Festhalten zu laufen?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- von sich aus Gegenstände zu ergreifen?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu "erzählen", indem es mehrere Silben aneinander reiht?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Silben in einer bestimmten Bedeutung zu verwenden (erste sinnvolle Worte)?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Verbote oder kleine Aufforderungen zu verstehen?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei Zuwendung zu lächeln?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regelmäßig Angst oder Abwehr vor unbekanntem Personen zu zeigen ("fremdeln")?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu zähnen (1. Zahn)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!