



### Gab es Komplikationen oder Besonderheiten?

- Nein       Ja, nämlich
- Mehrlingsgeburt
  - Steißlage
  - andere nicht normale Geburtslage (z. B. Stirnlage)
  - Störungen der kindlichen Herztöne
  - grünes Fruchtwasser
  - Nabelschnurumschlingung
  - besonders kurze/lange Geburt
  - anderes \_\_\_\_\_

- Die Geburt erfolgte
- normal spontan
  - nach Einleitung
  - mit Saugglocke
  - mit Zange
  - durch Kaiserschnitt

Bei der Geburt war Ihr Kind \_\_\_\_\_ cm groß und \_\_\_\_\_ Gramm schwer.

### Nun zur Neugeborenenzeit:

Mußte Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt werden?

- Nein       Ja, nämlich in \_\_\_\_\_

War es sonst in den ersten Lebenswochen krank?

- Nein       Ja, nämlich \_\_\_\_\_

### Machte Ihnen in den ersten Lebenswochen etwas Sorgen?

- Nein       Ja, nämlich
- auffallende Bewegungsarmut
  - auffallende Unruhe
  - häufiges Spucken
  - Stuhlverstopfung
  - Anfälle
  - Trinkprobleme
  - Schreipprobleme
  - Schlafprobleme

### Wie verlief die Ernährung im Säuglingsalter?

Muttermilch/voll gestillt bis zum \_\_\_\_ Lebensmonat

Flaschenmahlzeit, störungsfrei       Ja       Nein

Brei-Mahlzeiten und Fütterung mit dem Löffel, störungsfrei       Ja       Nein

Kauen und Beißen, störungsfrei       Ja       Nein

### Und wie verlief die Entwicklung?

Erstes Lächeln mit \_\_\_\_\_ Monaten

Gezieltes Greifen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Freies Sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Krabbeln mit \_\_\_\_\_ Monaten

Selbständiges Gehen (freies Laufen) mit \_\_\_\_\_ Monaten

Erste sinnvolle Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten

Erste kleine Sätze (2-3-Wort-Kombinationen) mit \_\_\_\_\_ Monaten

Selbständiges Essen mit dem Löffel mit \_\_\_\_\_ Monaten

## Wie ging es weiter?

Wie ist die Ernährung Ihres Kindes heute?

- problemlos       Störungen, nämlich \_\_\_\_\_

Wie waren oder sind die Lutschgewohnheiten?

- Daumen bis \_\_\_\_\_ Jahre  
 Schnuller bis \_\_\_\_\_ Jahre  
 Trinkflasche bis \_\_\_\_\_ Jahre

Gab oder gibt es beim Schlafen Probleme?

- Nein       Ja     als Kleinkind     heute  
 Einschlafstörung     Durchschlafstörung     sonstige \_\_\_\_\_

Gibt es mit der Verdauung Schwierigkeiten?

- Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Wie verlief die Sauberkeitsentwicklung?

tagsüber sauber mit \_\_\_\_\_ Jahren, trocken mit \_\_\_\_\_ Jahren,  
nachts sauber mit \_\_\_\_\_ Jahren, trocken mit \_\_\_\_\_ Jahren

- Rückfälle/Probleme     Nein       Ja, nämlich \_\_\_\_\_

Wie verlief die motorische Entwicklung?

- Dreirad       Nein       Ja, mit \_\_\_\_\_ Lebensjahren  
Fahrrad ohne Stützräder     Nein       Ja, mit \_\_\_\_\_ Lebensjahren  
Inliner       Nein       Ja, mit \_\_\_\_\_ Lebensjahren  
Schwimmen       Nein       im Schwimmkurs     ja, Abzeichen: \_\_\_\_\_

Gibt es in der Grobmotorik Auffälligkeiten?

- Nein       Ja, beim:
- Laufen
  - Springen
  - Klettern
  - Balancieren
  - Ballspiel
  - Sonstige \_\_\_\_\_

Gibt es in der Hand- und Feinmotorik Auffälligkeiten?

- Nein       Ja, beim:
- Malen
  - Schneiden
  - Schleife binden
  - Ballspiel
  - Sonstige \_\_\_\_\_

**Spätere Krankheiten:**

Gab es besondere Erkrankungen nach den ersten Lebenswochen?

- Nein       Ja, nämlich \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Lebensjahr  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Lebensjahr  
\_\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Lebensjahr  
\_\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Lebensjahr

Gab es Krankenhaus-Aufenthalte (Untersuchungen, Unfälle, Operationen)?

- Nein       Ja, nämlich \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Lebensjahr  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Lebensjahr  
\_\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Lebensjahr  
\_\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Lebensjahr

Gibt es bei Ihnen als Eltern oder sonst in der näheren Verwandtschaft besondere oder chronische Krankheiten?

- Nein       Ja, welche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon bei anderen Familienmitgliedern vorgekommen?

- Nein       Ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Besucht oder besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?**

- Nein       Ja, und zwar vom \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Lebensjahr  
                                          normaler Kindergarten       Kindertagesstätte  
                                          Integrativer Kindergarten       Sonderkindergarten

Auffälligkeiten/Probleme:       Nein    Ja    im Spielverhalten       im Sozialverhalten

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?

- Nein       Ja, wegen \_\_\_\_\_

**Wann wurde Ihr Kind eingeschult?**    20.....       noch nicht

Jetzt besucht Ihr Kind die ..... Klasse

Seine Leistungen sind besonders gut in \_\_\_\_\_

nicht so gut in \_\_\_\_\_

Gibt es Lernschwierigkeiten?

Nein  Ja, nämlich \_\_\_\_\_

Gibt es Probleme im Verhalten?

Nein  Ja, nämlich \_\_\_\_\_

Wie lange dauern durchschnittlich die Hausaufgaben? \_\_\_\_ Stunden

Sie werden angefertigt  mit Eltern  ohne Eltern  mit Nachhilfe  in OGS

Gibt es dabei Auffälligkeiten oder Probleme?

Nein  Ja, nämlich \_\_\_\_\_

Besucht Ihr Kind die OGS?

Nein  Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Was macht Ihr Kind in seiner Freizeit?

Es spielt vorzugsweise  im Haus  draußen

TV/Video \_\_\_\_ Std. tägl.  PC u. ä. \_\_\_\_ Std. tägl.

überwiegend mit  Mutter  Vater  Geschwistern  Freunden  allein

Was sind die Lieblingsspiele und Beschäftigungen Ihres Kindes?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kann Ihr Kind sich gut selbst beschäftigen?  Ja  Nein

Gibt es Haustiere?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in Gruppen oder Vereinen?  Nein

Ja, \_\_\_\_\_, pro Woche \_\_\_\_ mal

\_\_\_\_\_, pro Woche \_\_\_\_ mal

\_\_\_\_\_, pro Woche \_\_\_\_ mal

### Wie kommen Sie mit Ihrem Kind im allgemeinen in der Erziehung zurecht?

sehr gut, problemlos  meistens ganz gut  gar nicht

Schwierigkeiten bestehen bei \_\_\_\_\_

**Wie ist die Wohnsituation für Sie und Ihr Kind?**

- zufriedenstellend  Ja  Nein
- eigenes Kinderzimmer  Ja  Nein
- genügend Platz zum Spielen:
  - innerhalb der Wohnung  Ja  Nein
  - außerhalb der Wohnung  Ja  Nein
  - im Garten  Ja  Nein

Gibt es Verhaltensprobleme zuhause?

- Nein
- Ja, nämlich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Abschließend noch einige medizinische Ergänzungsfragen**

Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?

- Nein
- Ja, nämlich
  - Brille
  - Hörgerät
  - Mundplatte
  - Zahnklammer
  - \_\_\_\_\_
  - Rollstuhl
  - spezieller Kinderwagen
  - spezielles Dreirad oder Fahrrad
  - Stehständer oder ähnliches
  - \_\_\_\_\_

Benutzt Ihr Kind orthopädische Hilfen wie Schienen, Korsetts, Einlagen usw.?

- Nein
- Ja, nämlich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bekommt/bekam Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

- Nein
- Ja, nämlich \_\_\_\_\_ in der Dosis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in der Dosis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in der Dosis \_\_\_\_\_

Besitzt Ihr Kind einen Behindertenausweis?

- Nein
- Ja GdB: \_\_\_\_\_ Buchstabe: \_\_\_\_\_

Erhalten Sie für Ihr Kind Leistungen aus der Pflegeversicherung?

- Nein
- Ja Stufe: \_\_\_\_\_