



Ärztlicher Leiter: Dr. med. Wim Van Gerven, Buchenweg 9–11, 50169 Kerpen, Tel. (0 22 73) 91 57-0

Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte Ihres Kindes

Sehr geehrte Eltern,
im Folgenden haben wir einige Fragen zusammengestellt, die uns zum Kennenlernen Ihres Kindes wichtig erscheinen. Bitte füllen Sie den Bogen soweit wie möglich aus. Unklarheiten können wir im gemeinsamen Gespräch erörtern. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Kindes: _____

Zur Vorgeschichte Ihres Kindes:

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

- Nein Ja, nämlich
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Schweres Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Unfälle/Operationen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Fieberhafte Erkrankung | <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen ab _____ |

Weitere Probleme in der Schwangerschaft?

- Nein Ja, nämlich
- seelische Belastungen
 anderes _____

Haben Sie in der Schwangerschaft:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> geraucht (täglich __ Zigaretten) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Alkohol getrunken | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> andere Drogen genommen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Mussten Sie in der Schwangerschaft Medikamente einnehmen?

- Nein Ja, nämlich _____

Gab es andere Schwangerschaften? Nein Ja, insgesamt _____

Dieses Kind entstammt der wievielten Schwangerschaft? _____

- Fehlgeburten: wann? _____ Totgeburten: wann? _____

Zur Geburt Ihres Kindes:

War die Geburt zum errechneten Termin?

- Ja Nein, sondern
- zu früh (_____ Tage/Wochen)
 zu spät (_____ Tage/Wochen)

Sie erfolgte im

- Krankenhaus (Name, Ort) _____
- zuhause

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
 - Schreiprobleme
 - 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: _____