



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

## Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte Ihres Kindes (Säuglinge/Kleinkinder)

Sehr geehrte Eltern,  
im folgenden haben wir einige Fragen zusammengestellt, die uns zum Kennenlernen Ihres Kindes wichtig erscheinen. Wir haben versucht, sie so zu formulieren, dass Sie möglichst wenig schreiben und zum Teil nur ankreuzen müssen.  
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?

- |                               |                                      |   |  |
|-------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> 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

- geraucht (täglich \_\_\_\_\_ Zigaretten)       Alkohol getrunken  
 andere Drogen genommen

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.

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

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

Welche Erkrankungen hat Ihr Kind bisher durchlebt?

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

**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