

Liebe Eltern,

wir bitten Sie darum, diesen Bogen auszufüllen. Das hilft uns dabei, Ihr Kind und Sie als Familie gut und umfassend zu beraten. Wenn Fragen nicht zu Ihrer Situation passen oder Ihnen etwas Wichtiges fehlt, dann fühlen Sie sich frei, Ihre Antworten kreativ an Ihre Situation anzupassen. Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichen, verwenden Sie gern die Rückseite. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ausgefüllt von Vater Mutter beide Eltern _____ am: _____

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

Festnetz:

Handy (Mutter):

Handy (Vater):

Überweisende/r Kinderärzt/in, Kinder- und Jugend-Psychiater/in, Neurolog/in:

Name:

Ort:

Telefon:

Ja, ich bin damit einverstanden, dem Patienten / der Patientin eine Überweisung für das SPZ auszustellen.

Unterschrift: _____ Stempel:

Aus welchem Grund suchen Sie unsere Klinik auf, worüber machen Sie sich die meisten Sorgen?

Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders?

I. Bisherige Untersuchungen, Behandlungen

Datum des letzten Sehtests:

Datum des letzten Hörtests:

Ergebnis:

Ergebnis:

Elternfragebogen

Weitere durchgeführte Diagnostik / Untersuchungen: medizinische Untersuchungen (z.B. EEG, MRT, Kardiologie, ...) , Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpädiatrisches Zentrum, Psychologische Tests, Sonderpädagogisches Gutachten, ...

_____ im Alter von ____ Jahren, weil: _____

Bekam oder bekommt Ihr Kind / Ihre Familie therapeutische oder andere unterstützende Maßnahmen (z.B. Physiotherapie/Krankengymnastik, Frühförderung, Sprachtherapie, Ergotherapie, Lerntherapie, Erziehungsberatung, SPSH (Sozialpädagogische Familienhilfe), Psychotherapie, ...)?

_____ im Alter von ____ Jahren, weil: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

nein

ja, _____

weil _____

II. Familie

Name, Vorname der Mutter:

Name, Vorname des Vaters:

Alter der Mutter:

Alter des Vaters:

Geburtsland der Mutter:

Geburtsland des Vaters:

Deutschland _____

Deutschland _____

Schulabschluss der Mutter:

Schulabschluss des Vaters:

kein Schulabschluss Förderschule

kein Schulabschluss Förderschule

Hauptschule Realschule

Hauptschule Realschule

Gymnasium

Gymnasium

erlernter Beruf der Mutter:

erlernter Beruf des Vaters:

Arbeitszeiten der Mutter:

Arbeitszeiten des Vaters:

keine Erwerbsarbeit Stundenweise: ____ h/W

keine Erwerbsarbeit Stundenweise: ____ h/W

Vollzeit Teilzeit Schichtdienst

Vollzeit Teilzeit Schichtdienst

Elternfragebogen

Beziehung der Eltern:

- verheiratet
 zusammen lebend
 seit _____ getrennt lebend
 seit _____ geschieden

Bei getrennten Eltern: Das Kind wohnt:

- bei der Mutter beim Vater
 Wechselmodell
 bei: _____

Besondere familiäre Situationen:

- Mutter Vater krank / behindert: _____
 Mutter Vater verstorben, wann: _____
 Kind in Pflegefamilie / adoptiert im Alter von _____ Jahren
 Unterbringung in Heim / Wohneinrichtung
 Nach Trennung: neue Partnerschaft/en der Eltern:
 Mutter, seit: _____ Vater, seit: _____

Bemerkungen:

Lebenspartner/in der Mutter (Vorname, Name, Alter):

Lebenspartner/in des Vaters (Vorname, Name, Alter):

Berufliche Tätigkeit d. Lebenspartners/in der Mutter:

Berufliche Tätigkeit d. Lebenspartners/in des Vaters:

Lebt im gemeinsamen Haushalt mit Kind:

ja nein

Lebt im gemeinsamen Haushalt mit Kind:

ja nein

Geschwister (bei weiteren Kindern Rückseite verwenden):

Name: _____, _____ Jahre, M / J, Klasse: _____. Krankheiten/Entwicklungs-schwierigkeiten: _____

Name: _____, _____ Jahre, M / J, Klasse: _____. Krankheiten/Entwicklungs-schwierigkeiten: _____

Name: _____, _____ Jahre, M / J, Klasse: _____. Krankheiten/Entwicklungs-schwierigkeiten: _____

Halb-, Stief- und Pflegegeschwister (bei weiteren Kindern Rückseite verwenden):

Name: _____, ____Jahre, M / J, Klasse: _____. Krankheiten/Entwicklungsschwierigkeiten: _____

Name: _____, ____Jahre, M / J, Klasse: _____. Krankheiten/Entwicklungsschwierigkeiten: _____

Name: _____, ____Jahre, M / J, Klasse: _____. Krankheiten/Entwicklungsschwierigkeiten: _____

Im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern:

Wie verträgt sich Ihr Kind mit seiner Mutter? schlechter etwa gleich besser

Wie verträgt sich Ihr Kind mit seinem Vater? schlechter etwa gleich besser

Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern? schlechter etwa gleich besser

Wie verträgt sich Ihr Kind mit seinen Großeltern? schlechter etwa gleich besser

Wie verträgt sich Ihr Kind mit (weitere wichtige Bezugsperson bitte angeben) _____ schlechter etwa gleich besser

Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern? schlechter etwa gleich besser

In der Familie gesprochene Sprache/n (hauptsächlich verwendete Sprache unterstreichen):

deutsch _____

III. Frühe Entwicklung

Wie verlief die Schwangerschaft und Geburt?

unproblematisch

Komplikationen/Risiken in Schwangerschaft: _____

psychische Belastungen der Mutter / Familie während der Schwangerschaft: _____

Geburt erfolgte in der ____ Schwangerschaftswoche

Geburtsgröße _____ cm, Geburtsgewicht _____ g, Kopfumfang _____ cm

Komplikationen/Risiken während und direkt nach der Geburt: _____

1. Lebensjahr:

Schreikind / Drei-Monats-Koliken

Fütter-/Gedeihstörung

Besondere Schlafproblem

Sonstiges: _____

Hat Ihr Kind besonderen Krankheiten durchgemacht?

Gab es Krankenhausaufenthalte:

nein

im Alter von _____ Jahren, aufgrund: _____

im Alter von _____ Jahren, aufgrund: _____

im Alter von _____ Jahren, aufgrund: _____

Hat Ihr Kind Unfälle erlitten?

nein

im Alter von _____ Jahren: _____

im Alter von _____ Jahren: _____

In welchem Alter beherrschte Ihr Kind folgende Entwicklungsschritte?

Bewegungsentwicklung:

Greifen: _____ Monate

freies Sitzen: _____ Monate, Krabbeln: _____ Monate

freies Stehen: _____ Monate, freies Laufen: _____ Monate

Sprachentwicklung:

erste Worte: _____ Monate, erste Sätze: _____ Monate

Selbständigkeit:

Selbständig mit dem Löffel essen: _____ Monate

tagsüber trocken: _____ Jahre, nachts trocken: _____ Jahre

an- und ausziehen: _____ Jahre

Fahrrad fahren (ohne Stützräder): _____ Jahre

Essverhalten: Vorlieben: _____

Abneigungen: _____

Händigkeit:

Rechtshänder Linkshänder beidhändig/wechselt die Hände

IV. Kindergarten und Schule

Ist / war Ihr Kind bei einer Tagesmutter untergebracht:

ab _____ (Jahr) bis _____ (Jahr)

derzeit täglich von ____ Uhr bis ____ Uhr

Besonderheiten: _____

Name des **Kindergartens/Krippe:**

Integrations-/Sonderkindergarten

das Kind hat/hatte Integrations-Status

in:

Gruppengröße: _____ Kinder

Kindergartenbesuch:

ab _____ (Jahr) bis _____ (Jahr), derzeit täglich von ____ Uhr bis ____ Uhr

Geht / ging Ihr Kind gerne in den Kindergarten?

ja mittelmäßig nein, weil: _____

Gibt/gab es aus Sicht der Erzieher/innen Schwierigkeiten?

nein ja, weil _____

Name der **Schule:**

Schulform:

Grundschule

Regionalschule Gemeinschaftsschule

in:

Gesamtschule Gymnasium

Berufsschule: _____

Klassenstufe: _____

Sonder-/Förderschule: _____

Schullaufbahn

Einschulung im Jahr _____, Schulwechsel nach der ____ Klasse

Wiederholung der Klasse _____, Überspringen der Klasse _____

Förderbedarf: Lernen geistige Entwicklung _____

Förderunterricht (Fach): _____ Nachhilfe (Fach): _____

Geht / ging Ihr Kind gerne in die Schule?

ja mittelmäßig nein, weil: _____

Wie kommt Ihr Kind mit der Schule und den Lernanforderungen allgemein zurecht?

gut, ohne Probleme es gibt/gab Schwierigkeiten, weil _____

Schulleistungen

Deutsch

ungenügend unter Durchschnitt Durchschnitt über Durchschnitt

Mathematik

ungenügend unter Durchschnitt Durchschnitt über Durchschnitt

Geschichte, Sachkunde

ungenügend unter Durchschnitt Durchschnitt über Durchschnitt

weiteres Fach (bitte angeben): _____

ungenügend unter Durchschnitt Durchschnitt über Durchschnitt

weiteres Fach (bitte angeben): _____

ungenügend unter Durchschnitt Durchschnitt über Durchschnitt

Hausaufgaben: benötigte Zeit ca. _____ Stunden täglich

gut, ohne Probleme es gibt/gab Schwierigkeiten, weil _____

Wie verträgt sich Ihr Kind mit seinen Mitschülern?

ohne Probleme

es gab Schwierigkeiten, weil _____

V. Freizeit

Wie viele Freunde hat Ihr Kind?

keine eine/n zwei bis drei vier oder mehr

Wie oft pro Woche trifft sich Ihr Kind mit Freunden außerhalb der Schule?

weniger als einmal ein- bis zweimal mind. dreimal

Beste/r Freund/in: _____ (Name, Geschlecht und Alter) keine/n beste/n Freund/in

Hat Ihr Kind regelmäßige Freizeitaktivitäten (z.B. Sport, Musikunterricht, Jugendgruppe...)?

nein

ja (Aktivität, Wochentag, Uhrzeit)

Welche weiteren Lieblingsbeschäftigungen und Interessen hat Ihr Kind?

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind im Durchschnitt täglich an Bildschirmgeräten (Fernsehen, PC/Tablet, I-Pad, Handy etc.

Wochentags: _____ Stunden

Wochenende: _____ Stunden

Hat Ihr Kind häusliche Pflichten oder regelmäßige Arbeiten zu erledigen? (z.B. Spülen, Staubsaugen, Zeitung austragen)

ja, und zwar: _____

nein

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind nachts im Durchschnitt? Von _____ Uhr bis _____ Uhr, _____ Stunden

VI Jugendliche

Sexuelle Entwicklung

bei Mädchen: 1. Monatsblutung im Alter von _____ Jahren

Raucht Ihr Kind?

nein weiß ich nicht ja, _____ Zigaretten täglich

Trinkt Ihr Kind Alkohol?

nein weiß ich nicht

ja, Art: _____, Menge: _____, Häufigkeit: _____

Nimmt Ihr Kind andere Drogen?

nein weiß ich nicht

ja, Art: _____, Menge: _____, Häufigkeit: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! 

Bitte füllen Sie ggf. noch die weiteren beiliegenden Fragebögen aus.