

Fragebogen zur Entwicklung des/r Kindes/Jugendlichen
für
Sorgeberechtigte



Persönliche Daten des Kindes/ der Jugendlichen

Nachname: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Vorstellungsanlass – nur Stichpunkte, wird im Vorstellungsgespräch ausführlich gefragt
Beschwerden/Symptome, seit wann:

In welchen Situationen treten die Probleme auf (z.B. nur Kita/Schule/zuhause; morgens/abends)?

Hat jemand zu der Vorstellung in der Praxis geraten?

nein Schule Jugendamt Ärztin Sonstige: _____

Schwangerschaftsverlauf

Traten Komplikationen während der Schwangerschaft auf?

nein wenn ja, welche:

Hatte die biologische Mutter während der Schwangerschaft Unfälle, Operationen, körperliche Erkrankungen, seelische Belastungen oder Stress?

nein wenn ja, welche: _____

Während der Schwangerschaft hat die biologische Mutter...

geraucht. Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: _____
 Alkohol getrunken. Wenn ja, was, wie häufig und wie viel: _____
 Medikamente eingenommen. Wenn ja, welche, wann, wie häufig: _____
 Drogen konsumiert. Wenn ja, welche und wie viel: _____
 nichts der oben genannten Mittel zu sich genommen.

Geburt

Alter der biologischen Mutter bei der Entbindung: _____ Jahre

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) erfolgte die Geburt?

zeitgerecht: ____ SSW Frühgeburt (vor 36.SSW): ____ SSW
 Übertragung (nach 42. SSW): ____ SSW

Geburtsverlauf

Spontangeburt ohne Saugglocke mit Saugglocke
 Kaiserschnitt

Gab es Komplikationen/Auffälligkeiten während des Geburtsverlaufs?

nein wenn ja, welche: _____

Geburtsgewicht: _____ Gramm
Entwicklung des Kindes

Geburtsgröße: _____ cm

Wurde das Kind **gestillt**?

nein wenn ja, wie lange: _____

Bestanden Auffälligkeiten beim Stillen / in der Ernährung?

nein wenn ja, welche: _____

Traten **Störungen/Schwierigkeiten** im Säuglings-/Kleinkindalter auf?

Ernährungsstörungen. Wenn ja, welche: _____

Schlafstörungen. Wenn ja, welche: _____

Übermäßiges Schreien. Wenn ja, bitte ausführen: _____

Krampfanfall. Wenn ja, bitte ausführen: _____

andere Auffälligkeiten. Wenn ja, welche: _____

nein

Bestanden Auffälligkeiten in der Entwicklung von **Greifen, Krabbeln, Sitzen** und/oder **Laufen**?

nein wenn ja, welche: _____

Erste Schritte mit _____ Monaten

Bestanden Auffälligkeiten in der **Sprachentwicklung**?

nein wenn ja, welche: _____

Erste Worte sprechen mit _____ Monaten

Bestanden Auffälligkeiten in der **Sauberkeitsentwicklung**?

nein wenn ja, welche: _____

Das Kind hat nicht mehr **eingekotet** mit: _____

Das Kind hat nicht mehr **eingenässt** mit: _____

Zeigte das Kind in der **weiteren Entwicklung** folgende **Auffälligkeiten**?

Schlafprobleme _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____
welche: _____

Bewegungsarmut _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____

motorische Unruhe _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____

erhöhte Unfallneigung _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____

übermäßiger Trotz/Wutanfälle _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____

gewalttägiges Verhalten _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____

Schreckhaftigkeit _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____

Ängste/Hemmungen _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____

häufiges Weinen/Schreien _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____

Haare ausreißen _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____

Haare essen _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____

Nägelkauen des Kindes _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____

Tics _____ nein wenn ja, in welchem Alter: _____

Auffälliges Spielverhalten _____ nein wenn ja, welches: _____

Andere Auffälligkeiten, welche: _____

Therapeutische und medizinische Angaben

Erhält/Erhielt das Kind/ der*die Jugendliche eine...

Frühförderung?

nein wenn ja, warum, welche, von-bis: _____

Förderung durch Integrationsplatz?

nein ja _____

Ergotherapie?

nein wenn ja, bei wem, von-bis _____

Logopädie?

nein wenn ja, bei wem, von-bis _____

Ambulante Psychotherapie?

nein wenn ja, warum, bei wem, von-bis _____

Behandlung in einem Sozialpsychiatrischen Zentrum (SPZ)?

nein wenn ja, bei wem, von-bis _____

Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung?

nein wenn ja, bei wem, von-bis _____

Medikamentöse Behandlung? (außer Hals-/Kopfschmerztabletten o.ä.)

nein wenn ja, welches Präparat, welche Dosis, von-bis _____

Krankenhaus-/Kur-/Klinikaufenthalte? (hierzu zählt auch Kinder- und Jugendpsychiatrie)

nein wenn ja, warum, welches Krankenhaus, von-bis _____

Hat/Hatte das Kind / der*die Jugendliche...

(bei „ja“ bitte folgende Angaben ergänzen: was / (seit) wann / wo)

Kinderkrankheiten?

nein wenn ja, _____

Operationen?

nein wenn ja, _____

Knochenbrüche?

nein wenn ja, _____

Unfälle?

nein wenn ja, _____

Allergien?

nein wenn ja, _____

Sonstige (schwere) körperliche Beschwerden/Krankheiten?

nein wenn ja, _____

War das Kind / der*die Jugendliche zur Untersuchung bei folgenden Fachärzt*innen?

(bei „ja“ bitte folgende Angaben ergänzen: warum / wann / Name der*des Ärzt*in / Ergebnis)

Augenärzt*in

nein wenn ja: _____

Hals-/Nasen-/Ohrenärzt*in (HNO)

nein wenn ja: _____

Sonstige Anmerkungen:

Datum: _____ Von wem wurde der Bogen ausgefüllt? _____