



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: _____
_____ im Alter von _____ Jahren, weil: _____
_____ im Alter von _____ Jahren, weil: _____
_____ im Alter von _____ Jahren, weil: _____
_____ 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: _____
_____ im Alter von _____ Jahren, weil: _____
_____ im Alter von _____ Jahren, weil: _____
_____ 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 beim Vater
☐ bei _____

Sorgerecht:

- ☐ Mutter ☐ Vater ☐ gemeinsam
☐ _____

Kontakt zum anderen Elternteil:

- ☐ wöchentlich 14-tägig
☐ einmal im Monat ☐ _____
☐ kein Kontakt

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):

Berufliche Tätigkeit d. Lebenspartners/in der Mutter:

Lebt im gemeinsamen Haushalt mit Kind:

- ☐ ja ☐ nein

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

Berufliche Tätigkeit d. Lebenspartners/in des Vaters:

Lebt im gemeinsamen Haushalt mit Kind:

- ☐ ja ☐ nein

Geschwister (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:

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, aufgrund: _____

im Alter von _____ Jahren, aufgrund: _____

im Alter von _____ Jahren, aufgrund: _____

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

Vorlieben: _____

Essverhalten: 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