

Bitte senden Sie diesen Elternfragebogen zusammen mit dem Anmeldeformular an uns zurück. Erst danach setzen wir uns zur Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung!

Name: _____ , geb. _____

Fragebogen zur Entwicklung des Kindes

Schwangerschaft

Wunschkind?

- nein ja

Traten in der Schwangerschaft Komplikationen auf?

- nein wenn ja, welche:

Gab es Erkrankungen der Mutter, Unfälle, Operationen, seelische Belastungen oder Stress?

- nein wenn ja, welche:

Während der Schwangerschaft wurde...

- geraucht. Wenn ja, wie viel pro Tag:
- Alkohol getrunken. Wenn ja, was und wie häufig:
- Medikamente eingenommen. Wenn ja, welche:
- Drogen konsumiert. Wenn ja, welche:
- nichts dergleichen

Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) erfolgte die Geburt?

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

Auffälligkeiten im Geburtsverlauf:

- nein wenn ja, welche:

Geburtsgewicht: _____ Gramm

Geburtslänge: _____ cm

Kindliche Entwicklung

Traten Komplikationen in den ersten Lebensjahren auf?

- nein
- Ernährungsstörungen. Wenn ja, welche:
- Schlafstörungen. Wenn ja, welche:
- Übermäßiges Schreien. Wenn ja, bitte ausführen:

- Krampfanfall. Wenn ja, bitte ausführen:
- andere Auffälligkeiten. Welche:

Statomotorik

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

- nein
- wenn ja, welche:

Das Kind konnte frei laufen mit: _____ Monaten

Sprachentwicklung

Bestanden Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung?

- nein
- wenn ja, welche:

Sauberkeitsentwicklung

Bestanden Auffälligkeiten in der Sauberkeitsentwicklung?

- nein
- wenn ja, welche:

Das Kind hat nicht mehr eingekotet mit: _____

Das Kind hat nicht mehr eingenässt mit: _____

Wurde das Kind gestillt?

- nein
- wenn ja, wie lange:

Bestanden Auffälligkeiten in der Ernährung/ beim Stillen?

- nein
- wenn ja, welche:

Weitere Auffälligkeiten in der Säuglings- und Kleinkindentwicklung?

- nein
- wenn ja, welche:

Zeigte das Kind in der weiteren Entwicklung folgende Auffälligkeiten (bitte Alter angeben)?

- Bewegungsarmut
- motorische Unruhe
- erhöhte Unfallneigung
- Schreckhaftigkeit
- häufiges Weinen/Schreien
- Einnässen
- Einkoten
- Tics
- Haare ausreißen
- übermäßiger Trotz/ Wutanfälle
- gewalttätiges Verhalten
- Ängste/ Hemmungen

Betreuung des Kindes vor der Einschulung

- Betreuung zu Hause durch _____ bis:
- Tagesmutter. Wenn ja, von-bis:
- Krippe / Kita / Kindergarten. Wenn ja, von-bis:
- anderes. Wenn ja, was und von-bis:

Auffälligkeiten bei der o. g. Betreuung (z.B. Trennungsängste, etc.)?

- nein
- wenn ja, welche:

Schulentwicklung, Hortbesuch, Ausbildung

Die Einschulung erfolgte

- zeitgerecht
- vorzeitig
- zurückgestellt

im Alter von: _____ Jahren

Wie verlief der Schulbesuch?

- regelrecht
- Klasse übersprungen. Wenn ja, welche?:
- Klasse wiederholt. Wenn ja, welche?:
- Umschulung in:
- abgebrochen. Wenn ja, wann?

Wie wird/ wurde das Kind nach dem Unterricht betreut?

- Hort
- Eltern
- Andere (alleine zuhause, andere Bezugspersonen,...):

Befindet sich die/ der Jugendliche in einer Ausbildung?

- nein
- wenn ja, welche:
- Ausbildung wurde abgebrochen

Wurden Sonderpädagogen, Beratungslehrer oder die Schulpsychologie beteiligt (Gespräche, Diagnostik, Tests, etc.)?

- ja, Folgendes:
- nein
-

Kontakt- und Sozialverhalten / Beziehungen

Soziale Integration:

- gut integriert, viele Freunde
- integriert, wenige Freunde
- nicht gut integriert. Wenn ja, bitte erläutern:

Spielverhalten auffällig?

- nein
- wenn ja, wie:

Aktivität in einem Verein o. ä.?

- nein
- wenn ja, was:

Stärken, Interessen, Hobbies

Was schätzen Sie besonders an Ihrem Kind?

Medizinisch-therapeutische Angaben

(bei "Ja" bitte angeben: was, wann, wo, mit welchem Ergebnis)

Kinderkrankheiten

- nein ja

Unfälle:

- nein ja

Allergien:

- nein ja

HNO-Untersuchung:

- nein ja

Augenarzt-Untersuchung:

- nein ja

Klinik-, Kuraufenthalte, Operationen:

- nein ja

Ergotherapie erhalten?

- nein wenn ja: bei wem, von - bis:

Logopädie erhalten?

- nein wenn ja: bei wem, von - bis:

Hilfen seitens des Jugendamtes (Eltern- u. Familienberatung, Familienhilfe, Einzelfallhilfe, Unterbringung in einer Einrichtung der Jugendhilfe)

- nein wenn ja: welche, von - bis:

Ambulante Psychotherapie

- nein wenn ja: bei wem, von - bis:

Behandlung beim Kinder- und Jugendpsychiater oder in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder in einem SPZ

- nein wenn ja: wo, von - bis:

Medikamentöse Behandlung (außer Hals-, Kopfschmerztabletten o.ä., auch pflanzliche Präparate)

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

Konsum des Kindes/Jgdl. von:

Zigaretten nein ja, _____ Zigaretten/Tag

Alkohol nein ja, Menge pro Tag/Woche: _____

Illegalen Drogen (z.B. Haschisch) nein ja, Substanz: _____
Häufigkeit: _____

Familienanamnese

Die leiblichen Eltern sind (Mehrfachangabe möglich)

- Partnerschaft seit:
- verheiratet seit:
- getrennt seit:
- geschieden seit:
- haben nie zusammen gelebt

Falls Eltern nicht zusammen leben: Kontakt zum abwesenden Elternteil ist

- regelmäßig (wie häufig?):
- selten (wie häufig?):
- kein Kontakt

Kindesmutter

Alter: _____ Jahre

Schulabschluss:

erlernter Beruf:

ausgeübte Tätigkeit (Umfang):

körperliche/psychische Probleme:

Kindesvater

Alter: _____ Jahre

Schulabschluss:

erlernter Beruf:

ausgeübte Tätigkeit (Umfang):

körperliche/psychische Probleme:

Soziale Elternteile („Stief“eltern/-teile, Pflegeeltern, etc.):

- nein
- wenn ja: wer?
 seit wann?
 im selben Haushalt lebend seit?
 Beziehung zum Kind?
 Alter: _____ Jahre
 Schulabschluss:
 erlernter Beruf:
 ausgeübte Tätigkeit (Umfang):
 körperliche/psychische Probleme:

Kontakt besteht zu:

- | | | |
|----------------|--------------------------|----------------------------|
| Großmutter ms. | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Großvater ms. | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Großmutter vs. | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Großvater vs. | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Geschwister/ Halbgeschwister

Name	Geschlecht w/m	Halb- oder Stiefgeschwister?	Alter	Kita, Schule, Klasse

Besonderheiten bei Geschwistern?

- nein
- wenn ja: welche bei wem:

Familiäre Lebenssituation

Bitte beschreiben Sie Ihren Erziehungsstil (Regeln, Lob, Strafe, Entscheidungsfindung, Wertschätzung,...):

Die Erziehungspersonen sind sich bezüglich des Erziehungsstiles:

- einig
- uneinig, hinsichtlich:

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Kind hat eigenes Zimmer | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein, mit: |
| Kind hat eigenen TV | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kind hat eigenen PC | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kind hat eigenes Handy | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Die tägliche Zeit vor dem TV beträgt ca. _____ Stunden.

Die tägliche Zeit vor dem PC/Spielekonsole beträgt ca. _____ Stunden.

Taschengeld: _____ Euro pro Woche

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen (z. B. besondere Belastungen und Ereignisse):