



## Fragebogen zur Entwicklung Ihres Kindes

Dieser Fragebogen erleichtert uns den ersten Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und seine Lebens- und Familiensituation. Er gibt Ihnen auch eine Struktur, um vor dem Erstgespräch alle Informationen in Ruhe zu sammeln und zu sortieren. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen wie die gesamte Behandlung der Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihr Engagement!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen im Vorfeld so gut wie es Ihnen möglich ist. Im persönlichen Gespräch kann dann gerne ergänzt werden oder wir klären gemeinsam Verständnisfragen.

Sie können die Felder direkt digital ausfüllen, das Dokument dann speichern, ausdrucken und abschließend unterschreiben.

Name des Kindes

### **Schwangerschaft**

Komplikationslos

Komplikationen durch:

hohen Blutdruck    Diabetes    drohende Fehlgeburt    Infektionskrankheiten  
Medikamenteneinnahme    Sonstiges und zwar:

Wurde/n während der Schwangerschaft

Alkohol konsumiert    ja    nein    oder Zigaretten    ja    nein

Andere Drogen    ja    nein    Wenn ja, welche?

### **Geburt**

Schwangerschaftswoche:                      Geburtsgewicht:                      g    Geburtslänge:                      cm

Kopfumfang:                      cm    Apgar:

### **Geburtsverlauf**

Spontangeburt    Kaiserschnitt/Sectio:    primär/geplant    sekundär/nicht geplant  
kompliationslos

Komplikationen, und zwar:

Unterstützung durch:    Saugglocke    Zange



### **Probleme im Säuglingsalter**

Schlafen: ja nein Füttern: ja nein Schreien/Unruhe: ja nein

Wenn ja, bitte erläutern:

Wurde Ihr Kind gestillt? ja nein Wenn ja, wie lange?

### **Entwicklung**

Frei Laufen mit: Monaten Sprechen mit: Monaten

Gab oder gibt es Auffälligkeiten/Probleme

... in der Sprachentwicklung?

nein ja, und zwar:

... beim Hören? (z.B. Mittelohrentzündung, Röhrrchen)

nein ja, und zwar:

... beim Sehen? (z.B. Brille):

nein ja, und zwar:

... bei der Sauberkeitserziehung?

nein ja, und zwar:

... bei der motorischen Entwicklung?

nein ja, und zwar:

### **Vorerkrankungen des Kindes**

Chronische körperliche Erkrankungen:

Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?):

Allergien/Unverträglichkeiten?

nein ja, und zwar:



## **Vorbehandlungen**

Gab es in der Vergangenheit oder gibt es aktuell Behandlungen durch:

Psychotherapie/Kinder- und Jugendpsychiater      nein  
ja, und zwar (wann und wo/bei wem):

Ergotherapie      nein  
ja, und zwar (wann und wo/bei wem):

Physiotherapie      nein  
ja, und zwar (wann und wo/bei wem):

Logopädie      nein  
ja, und zwar (wann und wo/bei wem):

Andere      nein  
ja, und zwar (wann und wo/bei wem):

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein und wenn ja, welche und in welcher Dosierung?



### **Kindergarten- und Schulbesuch**

Wird/wurde Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtungen betreut?

Krippe/Tagesmutter

Besuch von                      bis                      (Datum)

Name der Einrichtung:

Kindergarten

Besuch von                      bis                      (Datum)

Name der Einrichtung:

Vorschule

Besuch von                      bis                      (Datum)

Name der Einrichtung:

Gibt/gab es Probleme beim Besuch einer der Einrichtungen und wenn ja, welche:

Welche Schulform/Ausbildung besucht Ihr Kind zurzeit?

Name:

Klassenstufe:

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Schule und wenn ja, welche:

### **Schul-/Ausbildungsbesuch**

Regelrecht

Klassenstufe einmal wiederholt      mehrmals wiederholt      umgeschult

Schulabbruch



## Lebens- und Wohnsituation des Kindes

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:

zusammenlebend    getrennt/geschieden    durch den Tod getrennt  
nie zusammengelebt

Das Kind wohnt zur Zeit zusammen in einem Haushalt mit:

leiblicher Mutter    Stiefmutter    Adoptivmutter    Pflegemutter    Großmutter  
leiblichem Vater    Stiefvater    Adoptivvater    Pflegevater    Großvater  
leiblichen Geschwistern    Stiefgeschwistern    Adoptivgeschwistern  
sonstigen Ersatzgeschwistern    keinen Geschwistern

Bei getrennt lebenden Eltern:

Zu welchen Anteilen lebt das Kind wo?

Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie:

Leibliche Geschwister (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):  
Name, Vorname; geboren am; Schule/Beruf; ggf. Probleme/Erkrankungen

1.

2.

3.

4.



Geburtsjahr und Geburtsort der Eltern

Mutter/Vater Geburtsjahr:                      Geburtsort:

Vater/Mutter Geburtsjahr:                      Geburtsort:

Ausbildung und Berufstätigkeit Mutter/Vater

Schulabschluss:

Erlerner Beruf:

Aktuelle berufliche Tätigkeit:

ganztags erwerbstätig      teilzeitbeschäftigt      Schichtarbeit  
arbeitssuchend      Ausbildung/Umschulung      Rentnerin  
im Haushalt tätig/Kinderbetreuung      andere:

Ausbildung und Berufstätigkeit Vater/Mutter

Schulabschluss:

Erlerner Beruf:

Aktuelle berufliche Tätigkeit:

ganztags erwerbstätig      teilzeitbeschäftigt      Schichtarbeit  
arbeitssuchend      Ausbildung/Umschulung      Rentner  
im Haushalt tätig/Kinderbetreuung      andere:

Gibt es oder gab es besondere Belastungen in der Familie (z.B. anhaltende Konflikte, Trennung, körperliche oder seelische Erkrankungen, Todesfälle, Umzug, Arbeitslosigkeit)?



Was sind Interessen und Hobbies des Kindes oder Jugendlichen?

Was sind die Stärken und Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen?

---

Ort, Datum

---

Ausgefüllt durch