



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 Geburtsjahr: Geburtsort:

Vater Geburtsjahr: Geburtsort:

Ausbildung und Berufstätigkeit Mutter

Schulabschluss:

Erlerner Beruf:

Aktuelle berufliche Tätigkeit:

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

Ausbildung und Berufstätigkeit Vater

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