

Dr. E. Aust-Claus, Dr. D. Claus, Adolfsallee 34, 65185 Wiesbaden



Neurologische Privatpraxis

Dr.med. Dieter Claus

- Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

---



Kinderneurologische  
Privatpraxis

Dr.med. Elisabeth Aust-Claus

- Fachärztin f. Kinder- u. Jugendmedizin

- Systemische Familientherapeutin

---

## Fragebogen

für

**Familienname**

---

**Vorname**

---

**Straße**

---

**PLZ Wohnort**

---

**Mobil / Festnetz / Fax**

---

**E-Mail**

---

**Geburtsdatum**

---

**Krankenversicherung**

---

Hat Ihnen jemand die Untersuchung bei mir empfohlen?

Name

---

---

Weshalb möchten Sie Ihr Kind bei mir vorstellen?

Für welche Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie vor allem Hilfe?

---

---

---

Adolfsallee 34, 65185 Wiesbaden

tel.: 0611 / 93 10 972

fax: 0611 / 60 10 628

mail: info@neuro-wiesbaden.de

web: www.neuro-wiesbaden.de



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Sollten die Störungen auf einem oder mehreren der folgenden Gebiete liegen, unterstreichen Sie bitte den entsprechenden Begriff:

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Wachstum, Fehlbildungen      | 5. Krampfanfälle                |
| 2. Geistige Entwicklung         | 6. Verhalten                    |
| 3. Sprachentwicklung            | 7. Schulleistungen, welche?     |
| 4. Körperbeherrschung/ Bewegung | 8. Konzentration/ Ablenkbarkeit |

Beschreiben Sie bitte eventuell die Störung oder Auffälligkeit näher:

---

---

---

---

---

---

Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung und im Verhalten bemerkten?

---



Welchen Ärzten oder anderen Fachleuten haben Sie Ihr Kind wegen der genannten Störungen bereits vorgestellt?

---

Welche **Untersuchungen** und/oder **Testungen** wurden bereits durchgeführt?



	Wo?	Wann?
Ärztl. Untersuchungen	<hr/>	<hr/>
Psycholog. Testung	<hr/>	<hr/>
Sehprüfung	<hr/>	<hr/>
Hörprüfung	<hr/>	<hr/>

Nimmt Ihr Kind z.Zt. regelmäßig **Medikamente** ein?

---

---

---

**Fragen zur Vorgeschichte:**

Gab es Probleme während der Schwangerschaft?

Ja / Nein

Wenn ja, welche?

---

---

Erfolgte die Geburt rechtzeitig?

Ja / Nein

Gab es Komplikationen? Wenn Ja, welche?

---

Haben Sie weitere Kinder?

Ja / Nein

Name des Kindes

Alter

Evtl. Besonderheiten?

---

---



**Fragen zur Entwicklung**

Folgende Leistungen und **Meilensteine der Entwicklung** beobachteten Sie bei Ihrem Kind erstmals im Alter (bitte in Monaten oder Jahren angeben):



	Alter		Alter
1. Freies Sitzen		4. Erste Sätze	
2. Freies Laufen		5. Sauber, nachts	
3. Erste Worte		6. Selbständiges Anziehen	

Ergänzende Angaben:

Gab es Besonderheiten?

---



---



---



---



---



---



---



---

Welche Therapien wurden bisher zur Unterstützung der Entwicklung durchgeführt? Wann?

---



---

Wann hat Ihr Kind den **Kindergarten** besucht? (Alter bitte angeben):

Gab es **Probleme im Kindergarten**? Wenn ja, welche?

---



---

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult?

---



Welche **Schule** besucht Ihr Kind?

\_\_\_\_\_

Welche **Klasse**?

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind schon einmal eine Klasse wiederholt? Wenn ja, welche?

Gab es oder gibt es **Probleme in der Schule**? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es Erkrankungen oder Entwicklungsauffälligkeiten bei Familienangehörigen?

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_