



Fragebogen

für

Familienname

Vorname Ihres Kindes

Straße

PLZ Wohnort

Mobil / Festnetz / Fax

E-Mail

Geburtsdatum Kind

Krankenversicherung

Hat Ihnen jemand die Untersuchung bei mir **empfohlen**?

Name:

Weshalb möchten Sie Ihr Kind bei mir vorstellen? Für welche Sorgen suchen Sie Hilfe?
(nach Wichtigkeit)

1.

2.

3.



Sollten Sie **zusätzlich** Probleme oder Störungen auf einem oder mehreren der folgenden Gebiete haben, kreuzen Sie bitte an::

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Wachstum | <input type="checkbox"/> | 2. Geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> | 4. Körperbeherrschung/Bewegung | <input type="checkbox"/> |
| 5. Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> | 6. Schulleistung, welche? | <input type="checkbox"/> |
| 7. Verhalten | <input type="checkbox"/> | 8. Konzentration/Ablenkbarkeit | <input type="checkbox"/> |

Beschreiben Sie diese Probleme/Störungen oder Auffälligkeiten eventuell näher und seit wann bestehen diese? Wie alt war Ihr Kind zu diesem Zeitpunkt?

Welchen **ÄrztInnen** oder anderen **Fachleuten** haben Sie Kind wegen der genannten Störungen bereits vorgestellt?



Welche **Untersuchungen** und/oder **Testungen** wurden bereits durchgeführt?
Ärztliche / psychologische / Sehprüfung / Hörprüfung ? Wo? Wann?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig oder unregelmäßig **Medikamente** ein? Welche? Seit wann?
Dosierung?

Befand sich oder befindet sich Ihr Kind derzeit in **Psychotherapie**? Wenn ja, wo?



Fragen zur Vorgeschichte

ja

nein

Gab es Probleme während der Schwangerschaft?

Erfolgte die Geburt rechtzeitig?

 M

Gab es Komplikationen? Wenn ja, welche?

Haben Sie weitere Kinder? Wenn ja, Name und Alter des Kindes ?
Eventl Besonderheiten?

Fragen zur Entwicklung

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

	Alter		Alter
1. Freies Sitzen	<input type="text"/>	4. Erste Sätze	<input type="text"/>
2. Freies Laufen	<input type="text"/>	5. Sauber, nachts	<input type="text"/>
3. Erste Worte	<input type="text"/>	6. Selbst Anziehen	<input type="text"/>
7. Besuch des Kindergartens	<input type="text"/>	8. Einschulung	<input type="text"/>

Welche **Schule** besucht Ihr Kind?

Welche **Klasse**?

Gibt es Erkrankungen oder Entwicklungsauffälligkeiten bei **Familienangehörigen**?
Wenn ja, welche?



Haben Sie sich schon in Büchern oder Vorträgen/Fortbildungen/Internet über Ihr Problem **informiert**? Wo?

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von :
Datum