

Fragebogen der Gemeinschaftspraxis Dres. med. Hagenhoff / Terwey-Weber / Baran

Name des Kindes: Geburtsdatum:

Fragen zur Schwangerschaft mit Ihrem Kind

01. Wie alt war die Mutter bei der Entbindung: Jahre

02. Wie ist die Schwangerschaft damals verlaufen:

- ungestört Blutungen starkes Schwangerschaftserbrechen
 Nierenleiden drohende Fehlgeburt Alkohol- / Drogenkonsum
 Sonstige körperliche Beschwerden :

03. Gab es in der Schwangerschaft für Sie erhebliche Belastungen:

- nein ja, welche:

Sonstiges zur Schwangerschaft:

Fragen zur Geburt Ihres Kindes:

04. War die Geburt termingerecht:

- Ja, zur 40. Woche \pm 2 Wochen später, nach der 42. Woche
 vorher, vor der 38. Woche

05. Wie war der Geburtsverlauf:

- ungestört verzögert / verlängert Lageabweichung z.B Steißlage
 Plazenta-Störung Zange / Saugglocke Nabelschnurumschlingung
 Kaiserschnitt vorzeitiger Blasensprung
 Sonstige Komplikationen:

06. War das Geburtsgewicht unter 2.500 g:

- Nein Ja, Geburtsgewicht Gramm

07. Gab es in der Zeit direkt nach der Geburt irgendwelche Probleme:

- unkompliziert Gelbsucht Krämpfe
 Brutkasten Trinkschwierigkeiten Fehlende Atemtätigkeit
 Sonstige Probleme:

Die Entwicklung Ihres Kindes:

08. Zur Babyphase:

- auffälliges Schreiverhalten, wenn ja welches:
 auffälliges Nahrungsverhalten, wenn ja welches:
 gestörter Schlaf-/Wach-Rhythmus, wenn ja welcher:

09. Wann konnte ihr Kind laufen:

Bitte geben Sie das Alter an, ab dem es frei laufen konnte: Monate

- Ist vor dem 18. Monat frei gelaufen
 Hat nach dem 18. Monat laufen gelernt



10. Wann konnte ihr Kind sprechen (kann 4 Wörter außer „Mama“, „Papa“):

- vor dem 18. Monat
 nach dem 18. Monat
 nach dem 36. Monat (3 Jahre)
 gab es Probleme bei der Sprachentwicklung Ihres Kindes, wenn ja, welche:

- erfolgte eine Sprachtherapie (Logopädie), wenn ja, von bis

11. Ab wann benutzte Ihr Kind für den Stuhlgang regelmäßig eine Toilette:

- vor/seit dem 36. Monat (3 Jahre)
 nach dem 36. Monat
 mein Kind ist noch unter 3 Jahren

12. Sonstige Auffälligkeiten in der Entwicklung bis zur Einschulung:

13. Erfolgte eine krankengymnastische/ergotherapeutische Behandlung / Frühförderung / Mototherapie:

- nein ja, wenn ja, bitte angeben welche:
von bis

14. Gab es für das Kind eine Trennung von der Mutter für länger als 1 Monat:

- im 1. Lebensjahr: nein ja (wenn ja, bitte unten angeben welche)
2.-3. Lebensjahr: nein ja (wenn ja, bitte unten angeben welche)

15. Hatte Ihr Kind schwere Krankheiten (z.B. Fieberkrämpfe, Epilepsie, Stoffwechsel-, Herzerkrankungen):

- im 1. Lebensjahr: nein ja (wenn ja, bitte unten angeben welche)
2.-3. Lebensjahr: nein ja (wenn ja, bitte unten angeben welche)
ab 4. Lebensjahr: nein ja (wenn ja, bitte unten angeben welche)

16. Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein:

- nein ja, welche:

17. Hat Ihre Tochter bereits Ihre monatliche Regel (Menstruation):

- ja noch nicht ausbleiben der Menstruation seit

Beginn der Menstruation: (Bitte Alter in Jahren eintragen)

Kindergarten / Schule:

18. Gab es Probleme beim Besuch des Kindergartens:

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Trennungsangst | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Kontaktschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Spielstörung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Schlechtes Betragen/Aggression | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Andere | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> unbekannt |

Dauer des Kindergartenbesuchs: Jahre

Ab welchem Alter besucht(e) Ihr Kind den Kindergarten: Jahre



Kein Kindergartenbesuch, weil:

Falls das Kind noch in den Kindergarten geht:

Name und Ort des Kindergartens:

Bitte angeben, ob dies ein Regelkindergarten, ein heilpädagogischer, ein integrativer, ein Sprachheilkindergarten, oder ähnliches ist:

19. Wann erfolgte die Einschulung Ihres Kindes:

zeitgerecht mit 6 Jahren

vorzeitig, weil:

zurückgestellt, wegen:

entfällt, noch nicht eingeschult → **weiter mit Frage 25**

20. Musste Ihr Kind eine Klasse wiederholen, umgeschult werden oder hat die Schule abgebrochen:

nein, regelrechter Schulbesuch

eine Klasse wiederholt

mehrmals wiederholt

Klasse übersprungen

Umgeschult im Jahr

Wiederholung und Umschulung im Jahr

Schulabbruch

Zeitweise keine Schule besucht, von bis , wegen

21. Wiederholte Schulklasse(n):

22. Wie viele Jahre geht Ihr Kind jetzt insgesamt zur Schule: Jahre

Tragen Sie hier bitte die Art der Schule ein, die Ihr Kind derzeit besucht und deren

Adresse:

23. Gibt es Probleme mit Ihrem Kind in der Schule:

Schlechtes Betragen/Aggression nein ja unbekannt

Leistungsprobleme/sehr schlechte Noten nein ja unbekannt

Kontaktschwierigkeiten nein ja unbekannt

Konzentrationsprobleme nein ja unbekannt

Motorische Unruhe nein ja unbekannt

Schulschwänzen nein ja unbekannt

Schulangst/Schulverweigerung nein ja unbekannt

Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet? nein ja unbekannt

Sonstige Schulprobleme nein ja unbekannt

wenn ja, welche:

24. Gibt es Probleme mit Ihrem Kind bei den Hausaufgaben:

Muss meistens dazu aufgefordert werden nein ja

Trödelt, unkonzentriert nein ja

Arbeitet nachlässig nein ja

Dem Kind muss ständig geholfen werden nein ja

Verschweigt oft, dass es Hausaufgaben auf hat nein ja

Weigert sich oft die Hausaufgaben zu machen nein ja

Dauer der Hausaufgaben:

Wer betreut das Kind dabei:

Fragen zur Freizeit / Freunden:

25. Ist das Kind in einer Kinder-, Jugendgruppe oder einem Verein:

nein ja, im:



26. Wie verbringt das Kind seine Freizeit:

mit Freunden

beschäftigt sich mit:

Fernsehen / wie viele Std. täglich:

Computer/Tablet/Handy/Spielekonsole / wie viele Std. täglich:

ist viel mit Erwachsenen zusammen:

langweilt sich:

27. Trinkt das Kind / der/die Jugendliche Alkohol:

nein

ja, wenn ja, wie viel / was / wie häufig pro Woche:

28. Raucht das Kind/ der/die Jugendliche :

nein

ja, wenn ja, wie viel pro Tag:

29. Nimmt das Kind / der/die Jugendliche Drogen:

nein

ja, wenn ja, was / wie häufig / wie viel pro Tag:

Fragen zur Familie:

30. Wie viele Kinder sind zurzeit in Ihrer Familie (alle Kinder, auch z.B. Pflegekinder):

Kind lebt nicht in einer Familie, sondern:

31. Welche Position hat das Kind in der Kinderreihe der Familie

Einzelkind

jüngstes Kind

mittleres Kind

ältestes Kind

32. Ist das Kind ein Zwilling- oder Mehrlingskind:

nein

ja

33. Geschwister / Name, Vorname / Geburtsdatum:

34. Familiäre Situation:

Mutter und Vater verheiratet seit:

Mutter/Vater verstorben seit:

Mutter/Vater krank, behindert:

getrennt/geschieden seit:

Sorgerecht liegt bei:

Kind lebt bei:

Besuchskontakte, zu wem, wie häufig?:

wiederverheiratet, seit:

nicht eheliches Kind



- Beruf des Vaters/Stiefvaters / derzeitige Tätigkeit:
- Beruf der Mutter/Stiefmutter / derzeitige Tätigkeit:
- Kind wurde adoptiert im Alter von:
- Pflegekind, seit:
- Kind lebt(e) im Heim (von/bis):
- Sonstiges:

35. Sind Ihnen Krankheiten bekannt, die in der Familie häufig aufgetreten sind:

- keine
- Suizidale Handlungen
- Geistige Behinderung
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Alkoholprobleme/Sucht
- Andere Nervenkrankheiten
- Missbildungen
- Unbekannt

Psychiatrische Erkrankungen, welche:

Andere:

Wer hatte diese Krankheiten:

36. Gibt es Verwandte oder andere Personen mit regelmäßigem Einfluss auf die Erziehung:

- nein
- ja, welche:

Gründe der Vorstellung:

37. Was sind die aktuellen Gründe unsere Praxis aufzusuchen? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt das Kind? Bitte in Stichworten:

38. Welche Erwartungen haben Sie, wie man in Zukunft auf das Verhalten des Kindes Einfluss nehmen könnte?

39. Wie könnten wir Sie unterstützen, damit Sie das Problem, die Schwierigkeiten, lösen können?



Bisherige Maßnahmen:

40. Haben Sie sich wegen der zur Vorstellung führenden Probleme schon an andere Stellen gewandt (z.B. Erziehungsberatung, Jugendamt, Psychologen, Schule, Therapeuten, sonstige Stellen):

Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen wann getroffen bzw. empfohlen:

Mit welchem Erfolg:

41. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt:

Mutter Vater

andere Person, welche:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

