

- ▶ Bitte beantworten Sie alle Fragen nach bestem Wissen.
- ▶ Bitte lassen Sie keine Frage aus.
- ▶ Alle Angaben werden absolut vertraulich behandelt.
- ▶ Falls für die Antworten der Platz nicht ausreicht, so legen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

(I) Angaben zum Kind

Name: Vorname:
 Geburtsdatum: m w
 PLZ/Wohnort: Straße: Nr.:
 Telefon/Handy:
 E-Mail Adresse:

(1) Aus welchem Grunde wird die Untersuchung gewünscht?

.....

(2) Seit wann bestehen die beobachteten Schwierigkeiten?

.....

(3) Welche zusätzlichen Auffälligkeiten bestehen? (Geben Sie bitte bei den zutreffenden Bereichen an, **von wann bis wann** die Schwierigkeiten andauert haben bzw. ob sie noch andauern. **Beispiel:** Schulschwierigkeiten traten ungefähr mit 6 Jahren und 3 Monaten erstmalig auf und hörten mit 8 Jahren und 1 Monat auf. *Schulschwierigkeiten* [6;3–8;1])

	nein	ja		nein	ja
		von bis			von bis
Schulschwierigkeiten:	<input type="checkbox"/>	Schreiben:	<input type="checkbox"/>
Lesen:	<input type="checkbox"/>	Rechnen:	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- (4) Haben Sie früher schon einmal wegen der genannten Schwierigkeiten ärztlichen, psychologischen oder pädagogischen Rat gesucht?

	Bei wem?	Wann?	Warum?	Ergebnis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> ja

Berichte, Gutachten u. Ä. bitten wir beizufügen.

- (5) Wurde die Diagnose ADHS/HKS bereits gestellt?

	Von wem?	Wann?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Medikation?	Präparat?	Dosis?	Seit wann?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Berichte, Gutachten u. Ä. bitten wir beizufügen.

Nähere Erklärungen:

.....

.....

.....

.....

- (6) Welche Krankheiten hat Ihr Kind bisher durchgemacht (einschließlich Unfällen, insbesondere chronische Krankheiten wie Asthma, Diabetes, Neurodermitis, Lebensmittelallergien)?

Krankheit	Alter	Krankenhausaufenthalt Wo?/Dauer?	Schwierigkeiten nach dem Krankenhausaufenthalt? Welche?/Dauer?
.....	;-;	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
.....	
.....	;-;	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
.....	

(II) Schwangerschaft

- (1) Traten während der Schwangerschaft Beschwerden durch Krankheiten, vor allem Virusinfektionen wie z. B. *Röteln*, *Mumps*, *Masern*, *Windpocken*, *Toxoplasmose* auf?

☐ nein ☐ ja ☐ Röteln ☐ Masern
☐ Mumps ☐ Windpocken
☐ Toxoplasmose ☐ Sonstige:

- (2) Welchen Belastungen war die Mutter während der Schwangerschaft ausgesetzt?
(z. B. Arbeitsbelastung, Partnerstreit, o. Ä.)

		Problemstärke			
		leicht	mittel	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/> keinen	<input type="checkbox"/> Folgenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (3) Drohende Frühgeburt? ☐ ja ☐ nein
Frühzeitige Wehen? ☐ ja ☐ nein

(III) Geburt

- (1) Geburt zum errechneten Zeitpunkt?

☐ ja

☐ nein Wochen ☐ zu früh ☐ zu spät (zutreffendes bitte ankreuzen)

- (2) Normale Geburt?

☐ ja

☐ nein

☐ Zangengeburt

☐ Saugglocke

☐ Kaiserschnitt

☐ Nabelschnurumschlingung:

☐ Sauerstoffmangel beim Kind (Asphyxie)

☐ mechanische Verletzungen am Kopf

☐ Sonstiges

- (3) Geburtsgewicht: g
- (4) Größe bei der Geburt: cm
- (5) Sind Ihnen **gleich nach der Geburt** Besonderheiten an dem Kind aufgefallen (z. B. Krampfanfälle, Atemstörungen, Saug- und Schluckstörungen, Ernährungsschwierigkeiten)?

		Problemstärke			
		leicht	mittel	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Folgende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(IV) Weitere Entwicklung

- (1) Wann konnte das Kind frei, d. h. ohne Unterstützung, sitzen? Monate
- (2) Wann konnte es laufen? an der Hand: Monate
allein: Monate
- (3) In welchem Alter sprach Ihr Kind ...
- (a) die ersten Worte? Monate
- (b) die ersten Zweiwort-Sätze? Monate
- (c) in ersten ganzen Sätzen? Monate
- (4) In welchem Alter war es trocken? Monate
- In welchem Alter war es ganz sauber? Monate

- (5) Hat das Kind getrotzt?

Problemstärke					
	leicht	mittel	stark	sehr stark	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	im Alter von Jahren bis Jahren Besondere Schwierigkeiten:

(6) Auffälligkeiten des Kindes im Umgang mit:

			leicht	mittel	stark	sehr stark
(a) älteren Kindern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Gleichaltrigen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) jüngeren Kindern:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Geschwistern:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Eltern:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) fremden Personen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(7) Wie verhält sich das Kind beim Spielen?

(a) allein:

.....

.....

(b) mit anderen:

.....

.....

(V) Besuch des Kindergartens

(1) Besuchte Ihr Kind einen Kindergarten oder eine vergleichbare Einrichtung?

☐ nein

☐ ja, im Alter von ; Jahren bis ; Jahren

(2) Gab es Auffälligkeiten?

		Problemstärke			
		leicht	mittel	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Folgende:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(VI) Schulbesuch

(1) Geht das Kind zur Schule?

☐ nein☐ ja: Schule:

Klassenstufe: Schulform:

(2) Erfolgt Zurückstellungen vom Schulbesuch?

Problemstärke**leicht mittel stark sehr stark**

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Grund:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) In welchem Alter und in welcher Schule erfolgte die Einschulung?

..... ; Jahre in:

(4) Gab es Schwierigkeiten?

Problemstärke**leicht mittel stark sehr stark**

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Grund:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(5) Noten des letzten Schulzeugnisses vom (Datum)

(Bitte eintragen oder aktuelle Zeugniskopie beilegen.)

Fach	Note	Fach	Note
.....
.....
.....
.....
.....

(VII) Angaben zur Familie

	Name	Vorname	Geburts- datum	erlernter Beruf/ ohne Berufs- ausbildung	aktuelle Tätigkeit	Besondere Krank- heiten
Vater						
Mutter						
Geschwister 1						
Geschwister 2						
Geschwister 3						
Sonstige Personen im Haushalt						

(1) Wohnverhältnisse

Wie viele Personen leben im Haushalt?

..... Personen

Wie viele Wohnräume hat die Wohnung?

..... Wohnräume

Wie groß ist die Wohnung?

..... m²

- (2) Traten *bei den Eltern* des Kindes Entwicklungsprobleme, Schulleistungs-, Verhaltens- oder emotionale Probleme im Kindesalter auf (z. B. ADHS)?

				Alter von		bis
Mutter	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Folgende	.....	.....	Jahre	– Jahre
			.....	.....	Jahre	– Jahre
Vater	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Folgende	.....	.....	Jahre	– Jahre
			.....	.....	Jahre	– Jahre

- (3) Partnerschaft der Eltern

- (a) Wann entstand die Partnerschaft der Eltern?

..... ☐ Monate ☐ Jahre vor Geburt des Kindes

- (b) Wie lange dauert(e) die Partnerschaft an?

Bis heute? ☐ ja

☐ nein ☐ Wochen ☐ Monate ☐ Jahre

Dauer der Partnerschaft insgesamt? ☐ Wochen ☐ Monate ☐ Jahre

- (c) Ist der aktuelle Vater der leibliche Vater des Kindes?

☐ ja

☐ nein, Vaterrolle seit ☐ Wochen ☐ Monate ☐ Jahren

- (d) Ist die aktuelle Mutter die leibliche Mutter des Kindes?

☐ ja

☐ nein, Mutterrolle seit ☐ Wochen ☐ Monate ☐ Jahren

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von (bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben):

am:

Datum

Anmerkungen