

Elternfragebogen

Persönliche Daten des Kindes / Jugendlichen

Name, Vorname	Adresse
Geb. am:	Schule
Sorgerecht	Klasse
Krankenversicherung	Klassenlehrer

Mutter

Name, Vorname	
Geb. am:	
Adresse	
Telefon/ Handy	
Email	
Beruf	
Leibliches Kind	☐
Adoptivkind	☐
Pflegekind	☐

Vater

Name, Vorname	
Geb. am:	
Adresse	
Telefon/ Handy	
Email	
Beruf	
Leibliches Kind	☐
Adoptivkind	☐
Pflegekind	☐

Geschwister des Patienten / der Patientin:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Schule / Beruf

Überweisender Arzt

Name
Adresse
Telefon

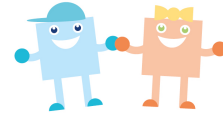
Haus- oder Kinder- u. Jugendarzt

Name
Adresse
Telefon

Ist eine Behörde (z.B. Jugendamt)
eingeschaltet?

Sachbearbeiter

Bezeichnung	Name
Adresse	Telefon



Sehr geehrte Eltern,

wir bitten Sie, diesen Fragebogen vorab so gut es geht auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Kooperation.

Wenn möglich, nennen Sie uns bitte kurz den Vorstellungsgrund:

Angaben zur Vorbehandlung

Welche Vorbehandlungen gab es?

In welchem Zeitraum / was war der Grund?

- ☐ Ergotherapie
- ☐ Physiotherapie
- ☐ Logopädie
- ☐ Psychotherapie
- ☐ Schulpsychologische Beratungsstelle
- ☐ Sonderpädagogische Beratungsstelle
- ☐ HNO oder Pädaudiologie
- ☐ SPZ / Sozialpädiatrisches Zentrum

Entwicklungsverlauf

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche _____

Regelmäßiger Konsum während der Schwangerschaft von

Nikotin: ☐ Ja ☐ Nein wenn ja, Anzahl/Tag _____

Alkohol: ☐ Ja ☐ Nein

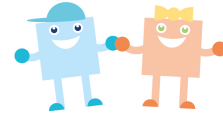
Medikamente: ☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche _____

Angaben zur Geburt

Frühgeburt: ☐ Ja ☐ Nein Geburtsgewicht _____

Komplikationen: ☐ Ja ☐ Nein Größe _____

Wenn ja, welche _____



Säuglingszeit

Stillen ☐ Ja ☐ Nein

☐ Schreibaby ☐ Schlafprobleme

Besonderheiten: _____

Waren die kinderärztlichen Untersuchungen ihres Kindes auffällig (gelbes Heft)?

☐ Ja ☐ Nein wenn ja, was _____

Auffälligkeiten in der Entwicklung?

Motorik: ☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche _____

Sprache: ☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche _____

Trocken: ☐ Ja ☐ Nein wenn nein, trocken seit _____

Sauber: ☐ Ja ☐ Nein wenn nein, sauber seit _____

Kindergartenbesuch im Alter von _____ bis _____

☐ Halbtags ☐ Ganztags

☐ Auffälligkeiten im Kindergarten / Welche? _____

Schulangaben

Aktuelle Schule

Klasse

☐ Ganztags

☐ Hort

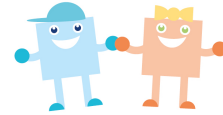
☐ Kernzeit

☐ Tagesgruppe

Letzte Zeugnisnote in Mathe _____

letzte Zeugnisnote in Deutsch _____

Im Schuljahr _____ gab es: ☐ Rückstellung ☐ Wiederholen ☐ Schulwechsel



Gesundheitsfragen

Sind bei ihrem Kind chronische, körperliche oder psychische Erkrankungen bekannt?

☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche _____

Sind in der Familie chronische, körperliche oder psychische Erkrankungen bekannt?
(Ängste, Zwänge, Depressionen, Herz- Kreislauferkrankungen etc.)

☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche _____

Wurden folgende Untersuchungen durchgeführt?

Hörtest	☐ Ja	☐ Nein	Blutabnahme zuletzt	_____
Sehtest	☐ Ja	☐ Nein	EKG	☐ Ja ☐ Nein
Allergietest	☐ Ja	☐ Nein	EEG	☐ Ja ☐ Nein

Welche Auffälligkeiten gab es? _____

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche _____

Sonstige Angaben

Welche Stärken und Interessen hat ihr Kind? _____

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Tag mit elektronischen Medien (TV, Handy, Computer, Play Station etc.)?

Gab es belastende Lebensereignisse?

☐ Ja ☐ nein wenn ja, welche _____

Gibt es weitere Informationen, die für uns wichtig sein könnten? _____
