

Sozialpädiatrischer Fragebogen für Eltern

Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, so legen Sie gerne einen Zettel mit Notizen bei.

Allgemeine Angaben zum Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum	heutiges Datum
		T T M M J J	
Straße Nr.	Postleitzahl	Wohnort	Telefonnummer
Behandelnder Kinderarzt, Ort		Überweisender Arzt, Ort	
Kind besucht zur Zeit (bitte ankreuzen)		Name und Adresse der Einrichtung	
<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule			
Seit wann?	Klasse (bei Schule)	Kontaktperson in Kindergarten/Schule (z.B. Klassenlehrer/in oder Erzieher/in)	
Wo und wie lebt Ihr Kind? (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> bei Adoptiv-/ Stief-/ Pflegeeltern <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> mit der Mutter <input type="checkbox"/> mit dem Vater <input type="checkbox"/> und mit			
Sorgerecht:			

Grund der Vorstellung

Wer hat eine Vorstellung im SPZ empfohlen?
Ihre Gründe (bitte eintragen)
Mein Kind hat Probleme mit (Mehrfachnennungen möglich):
<input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> motorische Unruhe <input type="checkbox"/> Verhalten <input type="checkbox"/> Bewegung <input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/> Konzentration <input type="checkbox"/> Gedächtnis <input type="checkbox"/> Schulleistungen <input type="checkbox"/> Hören
Seit wann bestehen die Probleme?
<input type="checkbox"/> von Geburt an <input type="checkbox"/> ganz allmählich etwa im Alter von ____ Jahren <input type="checkbox"/> plötzlich im Alter von ____ Jahren

Haben Sie schon einmal an einer anderen Stelle Hilfe gesucht? Wenn ja, wo? (z.B. Beratungsstelle, Familienhilfe, Klinik, Kinder- und Jugendpsychiater, Jugendamt, Kirche, Heilpraktiker, sonstiges)

Bisherige Therapie- und Fördermaßnahmen			
Hat Ihr Kind an Therapie- und/oder Fördermaßnahmen teilgenommen?			
Um welche Maßnahme handelt es sich? (bitte ankreuzen)	von wann bis wann? (Zeitraum angeben)	bei wem? (Name des Therapeuten/Arztes)	
<input type="checkbox"/> Frühförderung			
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik			
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie			
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie			
<input type="checkbox"/> anderes und zwar:			

Allgemeine Angaben zu Eltern und Geschwistern ¹			
Angaben zum Vater			
Name	Geburtsdatum	Schulabschluss	Beruf
			V = Vollzeit; T = Teilzeit
Angaben zur Mutter			
Name	Geburtsdatum	Schulabschluss	Beruf
			V = Vollzeit; T = Teilzeit
Familienstand			
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Mutter verstorben <input type="checkbox"/> Vater verstorben <input type="checkbox"/> seit wann <input type="checkbox"/> sonstiges und zwar:			
Angaben zu Geschwisterkindern			
1. Kind: Name	Geburtsdatum	Kindergarten/Schule/Ausbildung	
	T T M M J J		
Sprachprobleme	Schulprobleme	Entwicklungsauffälligkeiten (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

¹ Bei Adoptiv- und Pflegeeltern beziehen sich diese Angaben auf die Adoptiv- und Pflegeeltern.

2. Kind: Name	Geburtsdatum	Kindergarten/Schule/Ausbildung	
	T T M M J J		
Sprachprobleme	Schulprobleme	Entwicklungsauffälligkeiten (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Kind: Name	Geburtsdatum	Kindergarten/Schule/Ausbildung	
	T T M M J J		
Sprachprobleme	Schulprobleme	Entwicklungsauffälligkeiten (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Kind: Name	Geburtsdatum	Kindergarten/Schule/Ausbildung	
	T T M M J J		
Sprachprobleme	Schulprobleme	Entwicklungsauffälligkeiten	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Familiäre Erkrankungen (z.B. Diabetes, Epilepsie, Schilddrüsenerkrankung...)			
Familiäre Entwicklungsbesonderheiten			
geistige Einschränkung	körperliche Einschränkung	Rechenstörung	Lese-Rechtschreibstörung
<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 <input type="checkbox"/> nein
Sprachstörungen	psychische Probleme	Sonstige Auffälligkeiten, und zwar	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Beim wem in der Familie (Vater, Mutter, Großmutter, Großvater, Tante etc.) traten die Auffälligkeiten auf?			

Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenzeit			
Wie verlief Ihre Schwangerschaft? (Mehrfachnennungen möglich)			
<input type="checkbox"/> ohne Komplikationen	<input type="checkbox"/> drohende Frühgeburt	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> starke Übelkeit
<input type="checkbox"/> Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Eingriffe	<input type="checkbox"/> Unfälle	<input type="checkbox"/> Zigaretten
<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Drogen	<input type="checkbox"/> Medikamente, und zwar _____	
<input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar:			
Wie verlief die Geburt? (siehe auch gelbes Untersuchungsheft)			
<input type="checkbox"/> Spontangeburt	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Zangen- / Saugglockengeburt	
Grund für Komplikationen			

Daten des Kindes nach der Geburt			
Schwangerschafts-Woche	Gewicht (in Gramm)	Körpergröße (in cm)	Kopfumfang (in cm)
APGAR-Werte	Nabelschnur-ph	Sonstiges und zwar	
Wie verlief die Neugeborenenzeit (d.h. die ersten 4 Lebenswochen)? (Mehrfachnennungen möglich)			
<input type="checkbox"/> ohne Komplikationen <input type="checkbox"/> Fehlbildungen <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Atemstörungen <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen <input type="checkbox"/> Medikamente/ Antibiotika <input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar _____			
Verhalten im Säuglingsalter			
<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> schreckhaft
War ihr Kind ein Schreikind ?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	zu welcher Tageszeit?	

Krankheiten in der Vorgeschichte (medizinischer Verlauf)		
Nimmt, nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	Welche?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind (z. B. Windpocken, Scharlach, Masern usw.)?		
Bisherige Erkrankungen		
Art der Erkrankung, wie häufig pro Jahr?		
<input type="checkbox"/> Erkältungen, ___x/Jahr	<input type="checkbox"/> Mandelentzündungen ___ x/Jahr	<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen _ _x/Jahr
Weitere Erkrankungen und Vorfälle		Welche?
<input type="checkbox"/> Allergien		
<input type="checkbox"/> Unfälle / Verletzungen		
<input type="checkbox"/> chronische Erkrankungen		
<input type="checkbox"/> Sonstiges		
Krankenhausaufenthalte und Operationen		
Welche Ursache?	Wann?	Wo behandelt?

Kindesentwicklung			
Motorik			
Bewegungen	beherrscht		ja, im Alter von
Krabbeln	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Freies Laufen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Dreiradfahren / Trampeltrecker	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Laufrad	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Rollerfahren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Fahrradfahren ohne Stützräder	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sprechen – Hören – Sehen			
Grundlegende Fertigkeiten	beherrscht		ja, im Alter von
Lallen, Brabbeln, erste Laute	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Erste Worte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
2-3 Wortsätze	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Vollständige Sätze	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Auffälligkeiten und Hilfsgeräte	zutreffend		seit wann (bemerkt)
Sprachauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Hörauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sehauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Trägt ihr Kind ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Trägt Ihr Kind eine Brille?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Trägt Ihr Kind eine Zahnsperre?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ernährung			
Ernährungsgewohnheiten	zutreffend		ab wann – bis wann
Haben Sie gestillt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Flaschenernährung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Breikost	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Feste Kost (z.B. Butterbrot)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ernährungsauffälligkeiten	zutreffend		ab wann – bis wann
Probleme beim Trinken/Essen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
vermehrtes Speien/Erbrechen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schluck- und Essauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere Ernährungsauffälligkeiten und zwar (bitte eintragen)			

Schlaf				
Schlafgewohnheiten und -Schlafprobleme		zutreffend		seit wann
Kind schläft nachts durch		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Kind wird nachts regelmäßig wach		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
unregelmäßige Atmung		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Gab es Schlafprobleme in der Entwicklung?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wann geht Ihr Kind ins Bett?	Wie lange braucht es, um einzuschlafen?	Wann steht es auf?	Wo schläft Ihr Kind?	
			<input type="checkbox"/> eigenes Bett <input type="checkbox"/> Bett der Eltern <input type="checkbox"/> anderes	
Wo steht das Bett des Kindes?			Andere Schlafauffälligkeiten (z.B. Schnarchen, Schlafwandeln, Zähneknirschen)	
<input type="checkbox"/> im eigenen Zimmer <input type="checkbox"/> im Zimmer der Eltern <input type="checkbox"/> anderes Zimmer				
Sauberkeit				
Sauberkeitsentwicklung		zutreffend		seit wann?
tagsüber trocken (kein Einnässen)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
tagsüber sauber (kein Einkoten)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
nachts trocken (kein Einnässen)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
nachts sauber (kein Einkoten)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
War Ihr Kind schon einmal länger als 6 Monate trocken?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere die Sauberkeit betreffende Auffälligkeiten, und zwar				
Spielentwicklung als Kleinkind / Vorschulkind (0 – 6 Jahre)				
Auffälligkeiten beim Planschen/Baden/Schwimmen				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche?		
Auffälligkeiten beim Sandspiel/Matschen/Kneten				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche?		
Auffälligkeiten beim Klettern/Schaukeln/Rutschen				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche?		
Lieblingsspielzeug als Kleinkind				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche?		
Aktuelles Verhalten				
Wechselt Ihr Kind ständig das Spielzeug				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie?		

Kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie lange?
Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern? (z.B. Geschwister, Nachbarkinder, Freunde)		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	mit wem?
Hat Ihr Kind Freunde?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche?
Sieht Ihr Kind Fern?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie lange?
Spielt Ihr Kind am Computer oder mit Videospiele?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie lange?
Spielt Ihr Kind draußen?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie lange?
Treibt Ihr Kind Sport?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was und wie oft?
Hat Ihr Kind ein Hobby?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welches?
Hält sich Ihr Kind an Regeln?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Kann sich Ihr Kind durchsetzen?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ist Ihr Kind oft aggressiv?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Hat Ihr Kind Angst vor anderen Kindern?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten sich von Ihnen zu trennen?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Weint Ihr Kind sehr oft oder schnell?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Besonderheiten, Eigenheiten, Auffälligkeiten?		
Gibt es typische Problemsituationen (z.B. beim Anziehen, Zubettgehen, Hausaufgaben machen)? Welche Probleme treten auf und seit wann ist dies der Fall?		

Welche Maßnahmen haben Sie bisher dagegen getroffen?							
Kindergarten							
Besucht(e) Ihr Kind einen Kindergarten?							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von	Jahren	bis	Jahren		
Welchen Kindergarten besucht(e) Ihr Kind?							
<input type="checkbox"/> Regelkindergarten	<input type="checkbox"/> Integrativer KIGA	<input type="checkbox"/> Einzelintegration	<input type="checkbox"/> Heilpäd. KIGA				
Dauer der Betreuung?							
<input type="checkbox"/> ganztags	<input type="checkbox"/> vormittags	<input type="checkbox"/> „Loslöse“- bzw. „Spiel“-Gruppe					
Hat Ihr Kind den Kindergarten gewechselt?							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann?		warum?			
Schule							
Wurde Ihr Kind regulär eingeschult?				Besuchte Ihr Kind Vorschule/Schul-KIGA?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Alter?	Jahren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Alter?	Jahren
Wo wurde Ihr Kind eingeschult?							
<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Integrativklasse	<input type="checkbox"/> Förderschule, und zwar:					
<input type="checkbox"/> andere Schulform, und zwar:							
Dauer der Betreuung				Hat Ihr Kind die Schulform gewechselt?			
<input type="checkbox"/> ganztags	<input type="checkbox"/> vormittags	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann?			
Hat Ihr Kind in der Schule Probleme? Wenn ja, welche ...?							
<input type="checkbox"/> Rechnen	<input type="checkbox"/> Lesen	<input type="checkbox"/> Schreiben		<input type="checkbox"/> Sport			
<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> mit anderen Kindern		<input type="checkbox"/> Konzentration		<input type="checkbox"/> Arbeitstempo		
Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche Klasse ?					
Wie erledigt Ihr Kind die Hausarbeiten?							
<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Hilfe, von			Dauer	Stunden		

Einverständniserklärung für							
Name des Kindes		geb.	T	T	M	M	J J
<p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle bei anderen Ärzten und den nachfolgend aufgeführten Einrichtungen erhobene Befunde und Untersuchungsergebnisse eingeholt bzw. eingesehen werden. Nichtzutreffendes bitte streichen:</p>							
Kindergarten	Krankengymnastik	Jugendamt/Sozialdienst	Schule				
Logopädie	Frühförderung	Erziehungsberatungsstelle	Ergotherapie				
Krankenhaus	Psychotherapie	Sozialamt/Landschaftsverband	Sonstiges				
<p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Befunde und Empfehlungen des SPZ auf Nachfrage auch an die Stellen, die mit der Förderung/Therapie meines Kindes befasst sind, weitergegeben werden.</p>							
Ort, Datum				Unterschrift			

Raum für Notizen, Anmerkungen und Ergänzungen