

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,
bitten füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus und bringen diesen zum ersten Termin mit. Sollten Sie Fragen haben, stehe ich Ihnen selbstverständlich gerne für Antworten zur Verfügung.

Daten des zu behandelnden Kindes/ Jugendlichen

Nachname: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Vorstellungsanlass

nur Stichpunkte, wird im Vorstellungsgespräch ausführlich gefragt

Beschwerden/Symptome, seit wann:

In welchen Situationen treten die Probleme auf ?

☐ morgens ☐ abends ☐ Kita/ Hort ☐ Schule ☐ zuhause

Hat jemand zu der Vorstellung geraten?

☐ nein ☐ Schule ☐ Jugendamt ☐ Ärztin ☐ Sonstige: _____

Schwangerschaftsverlauf

Traten Komplikationen während der Schwangerschaft auf?

☐ nein ☐ wenn ja, welche:

Hatte die biologische Mutter während der Schwangerschaft Unfälle, Operationen, körperliche Erkrankungen, seelische Belastungen oder Stress?

☐ nein ☐ wenn ja, welche: _____

Während der Schwangerschaft hat die biologische Mutter...

☐ geraucht. Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: _____
☐ Alkohol getrunken. Wenn ja, was, wie häufig und wie viel: _____
☐ Medikamente eingenommen. Wenn ja, welche, wann, wie häufig: _____
☐ Drogen konsumiert. Wenn ja, welche und wie viel: _____
☐ nichts der oben genannten Mittel zu sich genommen.

Geburt

Alter der biologischen Mutter bei der Entbindung: _____ Jahre

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) erfolgte die Geburt?

☐ zeitgerecht: ____ SSW ☐ Frühgeburt (vor 36.SSW): ____ SSW ☐ Übertragung (nach 42. SSW): ____ SSW

Geburtsverlauf : ☐ Spontangeburt ☐ ohne /mit Saugglocke ☐ Kaiserschnitt

Gab es Komplikationen/Auffälligkeiten während des Geburtsverlaufs? ☐ nein ☐ wenn ja, welche: _____

Geburtsgewicht: _____ Gramm Geburtsgroße: _____ cm

Entwicklung des Kindes

Wurde das Kind **gestillt**? ☐ nein ☐ wenn ja, wie lange: _____

Bestanden Auffälligkeiten beim Stillen / in der Ernährung? ☐ nein ☐ wenn ja, welche: _____

Traten **Störungen/Schwierigkeiten** im Säuglings-/Kleinkindalter auf?

- ☐ Ernährungsstörungen. Wenn ja, welche: _____
☐ Schlafstörungen. Wenn ja, welche: _____
☐ Übermäßiges Schreien. Wenn ja, bitte ausführen: _____
☐ Krampfanfall. Wenn ja, bitte ausführen: _____
☐ andere Auffälligkeiten. Wenn ja, welche: _____
☐ nein

Bestanden Auffälligkeiten in der Entwicklung von **Greifen, Krabbeln, Sitzen** und/oder **Laufen**?

☐ nein ☐ wenn ja, welche: _____

Erste Schritte mit _____ Monaten

Bestanden Auffälligkeiten in der **Sprachentwicklung**? ☐ nein ☐ wenn ja, welche: _____

Erste Worte sprechen mit _____ Monaten

Bestanden Auffälligkeiten in der **Sauberkeitsentwicklung**? ☐ nein ☐ wenn ja, welche: _____

Das Kind hat nicht mehr **eingekotet** mit: _____

Das Kind hat nicht mehr **ingenässt** mit: _____

Zeigte das Kind in der **weiteren Entwicklung** folgende **Auffälligkeiten**?

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--|
| Schlafprobleme | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____
welche: _____ |
| Bewegungsarmut | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____ |
| motorische Unruhe | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____ |
| erhöhte Unfallneigung | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____ |
| übermäßiger Trotz/Wutanfälle | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____ |
| gewalttätiges Verhalten | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____ |
| Schreckhaftigkeit | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____ |
| Ängste/Hemmungen | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____ |
| häufiges Weinen/Schreien | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____ |
| Haare ausreißen | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____ |
| Haare essen | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____ |
| Nägelkauen des Kindes | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____ |
| Tics | ☐ nein | ☐ wenn ja, in welchem Alter: _____ |
| Auffälliges Spielverhalten | ☐ nein | ☐ wenn ja, welches: _____ |

Andere Auffälligkeiten, welche: _____

Therapeutische und medizinische Angaben

Erhält/Erhielt das Kind/ der*die Jugendliche eine...

- Frühförderung? ☐ nein ☐ wenn ja, warum, welche, von-bis: _____
 Förderung durch Integrationsplatz? ☐ nein ☐ ja
 Ergotherapie? ☐ nein ☐ wenn ja, bei wem, von-bis: _____

Logopädie? ☐ nein ☐ wenn ja, bei wem, von-bis: _____
 Ambulante Psychotherapie? ☐ nein ☐ wenn ja, warum, bei wem, von-bis: _____

Behandlung in einem Sozialpsychiatrischen Zentrum ?

☐ nein ☐ wenn ja, bei wem, von-bis _____

Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung?

☐ nein ☐ wenn ja, bei wem, von-bis _____

Medikamentöse Behandlung? (außer Hals-/Kopfschmerztabletten o.ä.)

☐ nein ☐ wenn ja,
welches Präparat, welche Dosis, von-bis _____

Krankenhaus-/Kur-/Klinikaufenthalte? (auch Kinder- und Jugendpsychiatrie)

☐ nein ☐ wenn ja, warum, wo, von-bis _____

Hat/Hatte das Kind / der*die Jugendliche...

(bei „ja“ bitte folgende Angaben ergänzen: was / (seit) wann / wo)

Kinderkrankheiten? ☐ nein ☐ wenn ja, _____

Operationen? ☐ nein ☐ wenn ja, _____

Knochenbrüche? ☐ nein ☐ wenn ja, _____

Unfälle? ☐ nein ☐ wenn ja, _____

Allergien? ☐ nein ☐ wenn ja, _____

Sonstige körperliche Beschwerden/Krankheiten?
☐ nein ☐ wenn ja, _____

War das Kind / der*die Jugendliche zur Untersuchung bei folgenden Fachärzt*innen?

(bei „ja“ bitte folgende Angaben ergänzen: warum / wann / Name der*des Ärzt*in / Ergebnis)

Augenärzt*in ☐ nein ☐ wenn ja: _____

Hals-/Nasen-/Ohrenärzt*in (HNO) ☐ nein ☐ wenn ja: _____

Sonstige Anmerkungen: ☐ nein ☐ wenn ja: _____

Wer hat den Bogen ausgefüllt: ☐ Mutter

☐ Vater

☐ Bezugsperson:

Berlin, _____

Datum