

**Fragebogen zur Entwicklung des/r Kindes/Jugendlichen  
für  
Sorgeberechtigte**



**Persönliche Daten des Kindes/ der Jugendlichen**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Vorstellungsanlass – nur Stichpunkte, wird im Vorstellungsgespräch ausführlich gefragt**  
Beschwerden/Symptome, seit wann:

In welchen Situationen treten die Probleme auf (z.B. nur Kita/Schule/zuhause; morgens/abends)?

Hat jemand zu der Vorstellung in der Praxis 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 Saugglocke       mit Saugglocke  
 Kaiserschnitt

Gab es Komplikationen/Auffälligkeiten während des Geburtsverlaufs?  
 nein     wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Gramm      Geburtsgröße: \_\_\_\_\_ 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 (SPZ)?

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? (hierzu zählt auch Kinder- und Jugendpsychiatrie)

nein  wenn ja, warum, welches Krankenhaus, 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 (schwere) 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:

Datum: \_\_\_\_\_ Von wem wurde der Bogen ausgefüllt? \_\_\_\_\_