

Fragebogen
für Eltern / Personensorgeberechtigte zum Lebensumfeld, zur Entwicklung und zum Verhalten des Kindes
Anlage zum Antrag auf heilpädagogische Leistungen

Name, Vorname des Kindes Geb. Datum:

Eltern:

Name, Vorname der Mutter: Geb. Datum:

Beruf: Erreichbarkeit tagsüber: (Tel.-Nr.)

Name, Vorname des Vaters: Geb. Datum:

Beruf: Erreichbarkeit tagsüber: (Tel.-Nr.)

Das Kind ist: leibliches Kind in Pflege oder Heimerziehung

Wer hat das Sorgerecht?

Die Eltern: leben zusammen leben getrennt seit:

Bei Trennung der Eltern: Kontakt zum Elternteil, bei dem das Kind nicht lebt, besteht:

regelmäßig unregelmäßig Kontakt zuletzt:

Geschwister:

	Vorname	Geb. Datum	Kindergarten/ Schulart
1. Geschwister			
2. Geschwister			
3. Geschwister			
4. Geschwister			

Halbgeschwister:

	Vorname	Geb. Datum	Kindergarten/ Schulart
1. Geschwister			
2. Geschwister			
3. Geschwister			
4. Geschwister			

Mit wem lebt das Kind zurzeit in häuslicher Gemeinschaft?

Besteht eine besondere Rivalität zwischen Geschwistern die in häuslicher Gemeinschaft leben?

ja nein

Wenn ja, wie zeigt sich die Rivalität?

Gibt es in der Familie seelische Erkrankungen _____ ja nein

Ist ein Elternteil : verstorben schwer erkrankt chronisch erkrankt

Wer und seit wann an welcher Krankheit? _____

Wohnverhältnisse

Empfinden Sie Ihre Wohnverhältnisse als ungünstig? ja nein

Verfügt Ihr Kind über ein eigenes Zimmer? ja nein

Das Kind teilt sich sein Zimmer mit _____

Sind Sie seit Geburt des Kindes umgezogen? ja _____ mal nein

Zur Entwicklung des Kindes

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, evtl. unter Zuhilfenahme des Mutterpasses und des Vorsorgeheftes.

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, welche? _____

In welcher Schwangerschaftswoche wurde ihr Kind geboren? _____ SSW

APGAR Werte _____

Gab es Komplikationen während der Geburt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Probleme direkt nach der Geburt ja nein
(z. B. Infektionen, Gelbsucht, Trinkprobleme)

Wenn ja, welche? _____

Ist Ihr Kind gekrabbelt? ja mit _____ Monaten nein

In welchem Alter konnte Ihr Kind frei laufen? Mit ca. _____ Monaten

Wann wurde Ihr Kind sauber / trocken?

tagsüber _____ nachts _____

Gab es Rückfälle? ja nein

Wenn ja, wann und in welchem Zusammenhang:

Wie schätzen Sie den Entwicklungsverlauf Ihres Kindes ein?

1. Insgesamt normale Entwicklung wie andere Kinder seines Alters
2. Insgesamt verzögerte Entwicklung, entwickelt sich langsamer als andere Kinder
3. Insgesamt schneller Entwicklungsverlauf, ist meist weiter als andere Kinder
4. Momentan besteht ein Entwicklungsstillstand oder sogar –Rückgang

Wenn ja zu 2-4, in welchem Bereich? _____

Gibt es Auffälligkeiten im Bereich des **Hörens**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal einem HNO-Arzt vorgestellt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Wurde eine Diagnose gestellt? ja nein

Falls bekannt, welche? _____

Gibt es Auffälligkeiten im Bereich des **Sehens**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal einem Augenarzt vorgestellt? ja nein

Wann zuletzt: _____

Wurde eine Diagnose gestellt? ja nein

Falls bekannt, welche? _____

Ist die **Sprachentwicklung** altersgemäß?

ja

nein

Wenn nein, welche Auffälligkeiten gab / gibt es, z. B.

später Beginn

undeutliche Aussprache

falscher Satzbau

andere: _____

In welchem Alter sprach Ihr Kind die ersten Worte? _____

Wächst Ihr Kind zweisprachig auf?

ja

nein

Wenn ja, mit welchen Sprachen? _____

Gesundheit:

Hat / hatte das Kind besondere Krankheiten und in welchem Alter?

Anfallsleiden

Alter: _____

allergische Erkrankungen

Alter: _____

Stoffwechselerkrankungen

Alter: _____

andere: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

Bereits erfolgte Diagnostik:

Wurde Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus behandelt?

ja

nein

Wenn ja, wann und warum? _____

Wurde bei Ihrem Kind bereits eine umfassende Entwicklungsdiagnostik durchgeführt?

ja

nein

Wenn ja, welche?:

Diagnostikzentrum (z.B. WOI, Pelzerhaken, UKE, IKE)

in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz/Praxis

Neurologen/Psychologen:

Sonstiges: _____

Wann:

Bitte reichen Sie Kopien der Berichte von Fachärzten, die in der Regel Ihrem Kinderarzt vorliegen, mit ein. Bitte senden Sie auch andere Berichte, beispielsweise vom Therapeuten mit.

Wie schätzen Sie die Kontakte Ihres Kindes zu ihren/seinen Freunden ein?

- hat 1-2 gute Freunde
- hat mehrere gute Freunde
- spielt mit vielen Kindern, hat aber keine festen Spielkontakte
- hat keine Freunde
- spielt lieber alleine
- spielt überwiegend mit gleichaltrigen Kindern
- spielt überwiegend mit älteren Kindern
- spielt überwiegend mit jüngeren Kindern

Ist Ihr Kind regelmäßig mit Freunden verabredet? ja nein

Bestehen im Kontakt zu anderen Kindern besondere Schwierigkeiten? ja nein

Falls ja, welche? _____

Was sind die Interessen Ihres Kindes? Womit beschäftigt es sich gerne?

- Beim Freispiel zu Hause _____
- Beim Spielen im Freien _____
- Beim Spiel mit der Mutter _____
- Beim Spiel mit dem Vater _____
- Beim Spiel mit anderen Kindern _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Freizeitaktivitäten wahr? ja nein
(z. B. Sportverein, musikalische Früherziehung, Krabbelgruppe etc.)

Falls ja, welche und wie oft? _____

Tägliches Fernsehen? nein ja Dauer: _____ Stunden
Tägliches Spielen z.B. mit PC, Playstation? nein ja Dauer: _____ Stunden

Bitte schildern Sie das Verhalten Ihres Kindes zuhause:

Was wollen Sie mit Hilfe der Maßnahme verändern?

Wie wünschen Sie sich die Hilfe für Ihr Kind?

Ort, Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und Unterstützung.