



Elternfragebogen

Persönliche Daten des Kindes / Jugendlichen

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

Mutter

Vater

Name, Vorname	Name, Vorname
Geb. am:	Geb. am:
Adresse	Adresse
Telefon/ Handy	Telefon/ Handy
Email	Email
Beruf	Beruf
Leibliches Kind <input type="checkbox"/>	Leibliches Kind <input type="checkbox"/>
Adoptivkind <input type="checkbox"/>	Adoptivkind <input type="checkbox"/>
Pflegekind <input type="checkbox"/>	Pflegekind <input type="checkbox"/>

Geschwister des Patienten / der Patientin:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Schule / Beruf

Überweisender Arzt

Haus- oder Kinder- u. Jugendarzt

Name	Name
Adresse	Adresse
Telefon	Telefon

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

Sachbearbeiter

Bezeichnung	Name
Adresse	Telefon



**Sehr geehrte Eltern,
wir bitten sie, diesen Fragebogen so gut wie es geht vorab auszufüllen.
Vielen Dank!**

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

Schreibbaby 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

Letzte Zeugnisnote in Deutsch _____

letzte Zeugnisnote in Mathe _____

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? _____
