

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____
Alter: _____ Ausgefüllt von Mutter / Vater

Aus welchem Grund stellen Sie Ihr Kind In meiner Praxis vor?

I. Schwangerschaft und Geburt

Erkrankungen in der Schwangerschaft: ja nein
Belastungen in der Schwangerschaft: ja nein
Medikamente in der Schwangerschaft: ja nein
Welche:
Vorzeitige Wehen ab: SSW: _____
Geburt in der: SSW: _____
Geburtsgewicht: _____ Größe: _____ APGAR _____ / _____ / _____
Kaiserschnitt oder Sauglocke: ja nein
Probleme während der Geburt: ja nein
Welche?
Probleme in der Neugeborenenzeit: ja nein
Welche?

II. Entwicklung des Kindes

Schreikind: ja nein
Sehr ruhiger Säugling: ja nein
Auffälliges Verhalten (Unruhe, Aggression, Weglaufen) ja nein
Krabbeln: normal spät mit: _____
Freies Laufen: normal spät mit: _____
Sauber und trocken: normal spät mit: _____
Fahrradfahren: normal spät mit: _____
Brabbeln als Säugling: normal spät mit: _____
erstes Wort: normal spät mit: _____
erste Zweiwortsätze (Papa Auto, Mama trinken): normal spät mit: _____
gab es Entwicklungsrückschritte: ja nein
Kann Ihr Kind schwimmen: ja nein

III. Erkrankungen des Kindes

Frühere Untersuchungen in SPZ, Pädaudiologie, Kinderneurologie? ja nein
Wann und wo?
Krankenhausbehandlung: ja nein
Warum, wann, wo?
Operationen: ja nein
Warum, wann, wo?
häufige Mittelohrentzündung oder Paukenergüsse? ja nein
Regelmäßig eingenommene Medikamente: ja nein
Welche:
Frühförderung: ja seit: _____ nein Krankengymnastik: ja seit: _____ nein

Ergotherapie: ja seit: _____ nein Logopädie: ja seit: _____ nein

Sonstiges: _____

IV. Spielverhalten

Was oder womit spielt das Kind besonders gerne? _____

Wie lange kann es sich alleine beschäftigen? _____

Spielt das Kind lieber: alleine mit anderen Kindern mit Erwachsenen

Wie lange am Tag darf es fernsehen?

Wie lange am Tag darf es an den Computer/Spielekonsole _____

Hört das Kind auf Eltern, Lehrer; Erzieher? ja nein

V. Kindergarten / Schule

Welcher Kindergarten? _____ Seit: _____

Probleme mit der Eingewöhnung? ja nein

Probleme mit dem Sozialverhalten? ja nein

Welche Schule? _____ Seit: _____

Klasse: _____ Klassenstärke: _____

Lieblingsfach: _____

Problemfächer: Deutsch Mathe
 Lesen Rechtschreibung

Probleme im Sozialverhalten? ja nein

VI. Soziales Umfeld

Alter bei der Geburt des Kindes: Mutter: _____ Vater: _____

Beruf: Mutter: _____

Vater: _____

Alter der Geschwister: _____

Wächst das Kind mehrsprachig auf? ja nein

Wer spricht welche Sprache mit dem Kind? Mutter: _____

Vater: _____

Sonstige: _____

Welche Sprache kann das Kind besser? _____

Hat Ihr Kind stabile soziale Kontakte/Freunde? ja nein

VII. Erkrankungen in der Familie

Schwerhörigkeit: ja nein Wer? _____

Verspäteter Sprachbeginn: ja nein Wer? _____

Fehlbildungen: ja nein Wer? _____

Nervenerkrankungen (z.B. Epilepsie): ja nein Wer? _____

AD(H)S: ja nein Wer? _____

Blutungsneigung: ja nein Wer? _____

Besonderheiten: _____