

**Vom Kinderarzt auszufüllen:****Fragestellung des überweisenden Arztes:**

---

---

---

---

---

Unterschrift und Stempel des Kinderarztes

**Von den Eltern auszufüllen:****Name, Vorname des Kindes** \_\_\_\_\_**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_**Straße, Hausnummer** \_\_\_\_\_**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_**Telefon, Fax, E-Mail** \_\_\_\_\_**Krankenversicherung** \_\_\_\_\_**Hauptversicherer** Name: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_**Bei wem lebt das Kind ?**  Eltern  Mutter  Vater  Sonst.Wer hat das Sorgerecht?  Eltern  Mutter  Vater  Sonst.

Ausbildung Mutter Schulabschluss \_\_\_\_\_ Berufsausbildung \_\_\_\_\_

Ausbildung Vater Schulabschluss \_\_\_\_\_ Berufsausbildung \_\_\_\_\_

Aktueller Beruf Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_

**Einrichtungen****Besucht Ihr Kind den Kindergarten / Schule?**  Ja, seit \_\_\_\_\_  geplant ab \_\_\_\_\_  Nein

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

Art der Einrichtung \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/-in / Telefon \_\_\_\_\_

**Fördersituation****Bekommt Ihr Kind  
Frühförderung?** Ja, seit \_\_\_\_\_  geplant ab \_\_\_\_\_  Nein

Name der Frühförderstelle \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/-in / Telefon \_\_\_\_\_

**Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien oder Diagnostik? Wenn ja,  
seit wann und wie oft?****Physiotherapie** Nein  Ja Wie oft? \_\_\_\_\_

Ansprechpartner, Name, Telefon \_\_\_\_\_

**Ergotherapie** Nein  Ja Wie oft? \_\_\_\_\_

Ansprechpartner, Name, Telefon \_\_\_\_\_

**Logopädie** Nein  Ja Wie oft? \_\_\_\_\_

Ansprechpartner, Name, Telefon \_\_\_\_\_

**Psychotherapie** Nein  Ja Wie oft? \_\_\_\_\_

Ansprechpartner, Name, Telefon \_\_\_\_\_

**Werden noch andere als die aufgeführten Therapien durchgeführt? (z.B. Heilpädagogik,  
Reittherapie, Musiktherapie o.ä.; bitte beschreiben)**

---

---

---

**Sozialrechtliche und Familienunterstützende Hilfen**

Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld im Rahmen der Pflegeversicherung?

**Pflegegeld:**  Nein  Ja  beantragt**Pflegegrad:**  I  II  III  IV  V**Schwerbehindertenausweis:**  Nein  beantragt  Ja**Grad der Behinderung**  50  60  70  80  90  100

**Das Wichtigste****Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?**

---

---

---

---

---

**Welche Hilfen erwarten Sie?**

---

---

---

---

---

**Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen?**

---

**Wir benötigen einige Angaben über die Vorgeschichte Ihres Kindes: Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?**

Vorname: _____	Geburtsjahr: _____
Vorname: _____	Geburtsjahr: _____
Vorname: _____	Geburtsjahr: _____
Vorname: _____	Geburtsjahr: _____
Vorname: _____	Geburtsjahr: _____

**Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie (Eltern, Großeltern und Geschwister)?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Schwangerschaft und Geburt****Gab es vorausgegangene oder nachfolgende Fehlgeburten oder Totgeburten?**

Nein  Ja, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**War Ihr Kind eine Frühgeburt?**  Ja, in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche**Die Geburt erfolgte** im Krankenhaus zu Hause**Gab es bei der Geburt Komplikationen oder Besonderheiten?**

Nein  Ja, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?**

5 Minuten \_\_\_\_\_ 10 Minuten \_\_\_\_\_ pH-Wert \_\_\_\_\_

**Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?**

\_\_\_\_\_ Gramm und \_\_\_\_\_ cm, Kopfumfang bei Geburt \_\_\_\_\_ cm

**Zur Neugeborenen Zeit (erste 4 Lebenswochen):**

Gab es innerhalb der ersten 4 Lebenswochen Probleme oder Komplikationen?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?

 Nein Ja, in \_\_\_\_\_**Krankheiten Ihres Kindes**

Gab, oder gibt es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

 Nein Ja, \_\_\_\_\_**Impfungen Ihres Kindes** Nein Ja, nach Plan Zusätzliche ( Welche?) \_\_\_\_\_

**Wie verlief die Entwicklung? (so gut Sie sich noch erinnern)****Gezieltes Greifen**

Umdrehen von Rücken- in Bauchlage

**Freies Sitzen**

Krabbeln

**Selbständiges Gehen**

Erste 2 bis 3 sinnvolle Wörter

**Erste Zweiwortsätze**

Zeigt auf benannte Körperteile

Einfaches Rollenspiel („so tun als ob“)

Tagsüber sauber und trocken

Kennt Grundfarben

Zählt zurzeit sicher bis:

**Kindergarten und Schule****Gab oder gibt es im Kindergarten Probleme?** Nein  Ja**Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?** Nein  Ja

Mein Kind besucht die \_\_\_\_\_ Klasse.

Einschulungsjahr \_\_\_\_\_

**Stärken** hat er/sie in \_\_\_\_\_**Schwächen/Probleme** in \_\_\_\_\_**Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule/ Kindergarten?** Nein  Ja**Spiel und Verhalten****Gibt es Verhaltensprobleme zu Hause?** Nein  Ja

**Was und wie spielt Ihr Kind?**

---

---

---

**Falls bei Ihrem Kind chronische Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen:**

Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Diagnose gestellt?

 Nein  Ja

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_ Diagnose? \_\_\_\_\_

**Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?**

(Bitte legen Sie Kopien der Arztberichte, Röntgen, MRT-Bilder, etc. bei)

---

---

---

**Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?** Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

---

**Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?** Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

---

**Hat Ihr Kind epileptische Anfälle?** Nein  Ja, zuletzt wie häufig und wie lange?

---

Wie sehen die Anfälle aus? \_\_\_\_\_

---

---

---

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten.

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r