

Vom Kinderarzt auszufüllen:**Name, Vorname des Kindes** _____**Geburtsdatum** _____**Straße, Hausnummer** _____**PLZ, Ort** _____**Telefon, Fax, E-Mail** _____**Krankenversicherung** _____**Hauptversicherter** Name: _____ Geb.dat.: _____**Überweisender Arzt** Name: _____

Adresse: _____

Fragestellung des überweisenden Arztes:

*Stempel des Kinderarztes***Von den Eltern auszufüllen:****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