

## Fragebogen zur Lebensgeschichte Ihres Kindes

Liebe Eltern und Angehörige,

dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung. Deshalb sollten Sie die Fragen zuhause so genau wie möglich beantworten.

Wir behandeln alle Informationen streng vertraulich im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht und geben sie nur mit Ihrem Einverständnis weiter.

Bitte wundern Sie sich nicht, dass wir Ihnen keine Fragen zum Grund der Vorstellung stellen. Diesen besprechen wir ausführlich mit Ihnen im Erstgespräch.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Engagement!

ausgefüllt von:  Mutter  Vater  andere: ..... ausgefüllt am: .....

**Nachname Ihres Kindes:**..... **Vorname:**.....

Geb. am:..... Geschlecht:  weiblich  männlich

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Gibt es etwas, das Sie gerne ohne Ihr Kind mit uns besprechen möchten?  ja  nein

(Wir werden Ihren Wunsch berücksichtigen und das Erstgespräch entsprechend gestalten.)

Was erhoffen Sie sich am meisten von der Vorstellung Ihres Kindes in unserer Praxis?

Was denken Sie, was Ihr Kind oder Ihre Familie am ehesten benötigen?

- eine gründliche Untersuchung  abwarten und den Verlauf beobachten  wir sind für alle Optionen offen
- Ergotherapie  Psychotherapie  Elternberatung  Gruppentherapie  ein Medikament
- Krankenhausbehandlung  Kur  eine schulische Veränderung  eine Veränderung in der Familie
- Lerntherapie  Anderes:

**Vater:** Name  wie Kind / ....., Alter:.....  leiblich  Stiefvater  Pflegevater  
Berufstätig:  nein  ja, als ....., Wochenarbeitszeit: .....Std.  
Weitere Angaben ggf. zu Adresse, Beruf, Gesundheit und Lebenssituation des Vaters und der Beziehung zum Patienten:

.....  
**Mutter:** Name  wie Kind / ....., Alter:.....  leiblich  Stiefmutter  Pflegemutter  
Berufstätig:  nein  ja, als ....., Wochenarbeitszeit: .....Std.  
Weitere Angaben ggf. zu Adresse, Beruf, Gesundheit und Lebenssituation der Mutter und der Beziehung zum Patienten:

.....  
**Eltern leben gemeinsam**  ja  nein Wo lebt Ihr/e Tochter/Sohn (Stadtteil): .....  
in:  Wohnung  Haus - eigenes Zimmer:  ja  nein - Wie viele Umzüge seit Geburt? .....  
Welche Sprache(n) werden zu Hause gesprochen?  Deutsch  andere:.....

**Bei getrennt lebenden Eltern**

Wer ist sorgeberechtigt? .....  
Seit wann getrennt/ geschieden?.....  
Gibt es neue Partner der Eltern?  nein  ja (seit wann, zusammenlebend, wieder verheiratet):

Besuchsregelung:

**Geschwister:** (Alter, Name; Halb-/ Stiefgeschwister, Besonderheiten in der Beziehung, Konflikte)

.....  
Weitere wichtige Bezugspersonen (Großeltern, PartnerInnen der Eltern, ErzieherIn, LehrerIn, FreundInnen):

.....  
Gibt oder gab es besondere Belastungen in der Familie (Veränderungen, belastende Situationen dauernde familiäre Konflikte, etc.): Wenn ja, welche und wen betreffend?

## Vorerkrankungen Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes

Hausarzt:.....

Letzte körperliche Untersuchung (im Jahr): .....Auffälligkeiten:.....

Chronische Erkrankungen (Diabetes, Asthma, Herzerkrankungen, Epilepsie etc.):  nein  ja

Nimmt Ihre Tochter/ Ihr Sohn zurzeit Medikamente ein?  nein  ja

(Bitte geben Sie ggf. Wirkstoffname, Dosierung in mg und Häufigkeit der Einnahme an.)

Krankenhausaufenthalte/ Operationen (wo, wann, warum?):  nein  ja

Unfälle (welcher Art, wann?): .....

Untersuchung beim Augenarzt (wo, wann zuletzt, Ergebnis):  nein  ja,.....

Untersuchung bei HNO-Arzt (wo, wann zuletzt, Ergebnis):  nein  ja,.....

Kann Ihr Kind Gesprächen bei lauten Hintergrundgeräuschen

(z.B. während Musik läuft oder während einer Autofahrt auf der Rückbank sitzend) folgen?  nein  ja

Kann Ihr Kind Kinderlieder auswendig singen?  nein  ja

Reagiert Ihr Kind auch, wenn es seitlich angesprochen wird oder den Sprecher nicht sieht?  nein  ja

Kann es dann die Richtung zuordnen, aus der die Geräusche kommen?  nein  ja

Gibt es Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung (z.B. frühe körperliche Reife)?  nein

ja, und zwar

**Auffälligkeiten im Schlaf:**  nein  ja, und zwar.....

Einschlafprobleme  Durchschlafprobleme  Zähneknirschen  Schnarchen

Atemaussetzer  schlagartige Bewegungen Arme/ Beine  Einnässen

sehr unruhige Träume  Schreien  Schlafwandeln

Einschlafen um ca. .... Uhr elektronische Medien werden benutzt bis ca. .... Uhr

**Kurzlebige körperliche Beschwerden:**  nein  ja, und zwar:.....

Kopfschmerzen  Bauchschmerzen  Schwindel  Schwäche  Müdigkeit

Herzrasen/ -beschwerden  Kurzatmigkeit

**Krankheitsgeschichte in der Familie:** (bitte ggf. weitere Informationen ausführen)

Gibt es Familienangehörige mit psychischen Erkrankungen?  nein  ja

Gibt es Familienangehörige mit seltenen Erkrankungen oder Erberkrankungen?  nein  ja

Gibt es Familienangehörige mit ungewöhnlichen Herz-/ Kreislaufkrankungen

(z.B. früher Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen)?  nein  ja

**Erfolge aktuell oder erfolgten früher Behandlungen durch:**

nein

(ggf. Name des Behandlers/Praxis, Behandlung von - bis, Anlass der Behandlung, hilfreich?)

- Kinder-/ Jugendpsychiater, SPZ:
- Psychotherapie:
- Ergotherapie:
- Logopädie:
- Lerntherapie
- Hilfen zur Erziehung (z.B. Kontakt zum KSD, Erziehungsberatung, Familienhilfe, Erziehungsbeistand, Tagesgruppe):
- Andere:

**Frühkindliche Entwicklung:**

**Schwangerschaft:** gravierende Komplikationen:  nein  ja

ggf., welche Besonderheiten (körperliche und/ oder seelische Beschwerden, Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft, Medikamenteneinnahme; schädigende Einflüsse wie Alkohol, Zigaretten)

**Geburt**

in Schwangerschaftswoche: ..... Geburtsverlauf:  komplikationslos  Komplikationen, und zwar:

.....

**Bestanden im 1. Lebensjahr Auffälligkeiten in einem der folgenden Bereiche?**

- Ernährung:  nein  ja, und zwar:.....
- Schlaf:  nein  ja, und zwar:.....
- Schreien:  nein  ja, und zwar:.....
- Kontaktverhalten:  nein  ja, und zwar:.....
- Motorische Entwicklung:  nein  ja, und zwar:.....
- Sonstiges:.....

**Bestanden im 2. oder 3. Lebensjahr Auffälligkeiten in einem der folgenden Bereiche?**

- Sprache:  nein  ja, und zwar:.....
- Sauberkeitserziehung  nein  ja, und zwar:.....
- Kontaktverhalten mit anderen Kindern/ Erwachsenen:  nein  ja, und zwar:.....
- Sonstiges:.....

**Kinderkrippen-/ Kindergartenbesuch:**

- Krippenbesuch/ Tagesmutter:  nein  ja, ab ..... Jahren
- Auffälligkeiten/ Schwierigkeiten:  nein  ja,.....
- Kindergartenbesuch:  nein  ja, ab ..... Jahren
- Auffälligkeiten/ Schwierigkeiten:  nein  ja,.....

**Schulische Entwicklung:**

Einschulungsalter: ..... zurückgestellt  nein  ja, weil.....  
Aktuelle Schule: ..... Klassenstufe:..... Schultyp: GS – Gym – RS – HS – IGS – andere:  
Schulempfehlung in 4. Klasse: Gym – RS – HS – IGS – anderes: .....  
Klassenwiederholung:  nein  ja,.....  
Aktuell Ganztagschule:  nein  ja,..... Hortbesuch:  nein  ja, bis ..... Uhr  
Förderunterricht:  nein  ja,.....  
Nachhilfe:  nein  ja,.....  
Klassenkonferenz:  nein  ja,.....  
Zusätzliche schulische Förderung zu Hause:  nein  ja,.....  
Bisher besuchte Schulen (bitte jeweils besuchte Klassen und ggf. Grund für Schulwechsel angeben):  
.....  
.....  
.....

**Außerschulische Aktivitäten:**

**Hobbies** (Musikinstrument, Sportverein, Chor etc.)  nein  
 ja (Häufigkeit / Stunden pro Woche), .....

**Womit beschäftigt sich Ihre Tochter / Ihr Sohn gern?**

Verabredungen  Lesen  Fernsehen  Fußball  Schwimmen  Konsole/PC/Smartphone/Tablet  
 Radfahren  Malen  Musizieren  anderes:

Wieviel Bildschirmzeit (Smartphone, TV, PC etc.) ? an Schultagen: ..... an Wochenenden: .....

Keine besonderen Interessen

**Kontakte:**

Gewinnt Ihre Tochter/ Ihr Sohn  eher leicht /  eher schwer Freunde?  
Kommt Ihre Tochter/ Ihr Sohn sozial gut zurecht?  ja  nein, .....  
 schüchtern  dominant  viele Konflikte  wenig Freunde  kann sich in Gruppen schlecht einfügen  
 eher an Erwachsenen orientiert  Gruppen sind zu laut  Außenseiter  Diebstähle, Lügen o.ä.  
 eher Einzelgänger  unsicher  andere Kinder sind genervt wegen, .....  
 Sonstiges:  
.....

**Welche Stärken und Fähigkeiten hat Ihre Tochter/ Ihr Sohn?**

