

## 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

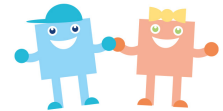
### Haus- oder Kinder- u. Jugendarzt

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 vorab so gut es geht auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Kooperation.

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

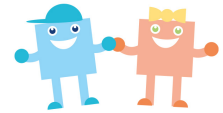
Größe

---

Wenn ja, welche

---

---



### Säuglingszeit

Stillen  Ja  Nein

Schreibaby  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

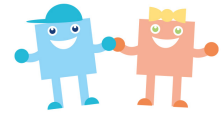
Kernzeit

Tagesgruppe

Letzte Zeugnisnote in Mathe \_\_\_\_\_

letzte Zeugnisnote in Deutsch \_\_\_\_\_

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	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Blutabnahme zuletzt	_____
Sehtest	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	EKG	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Allergietest	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	EEG	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_