



UniversitätsKlinikum Heidelberg
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderheilkunde I | Im Neuenheimer Feld 430 | D-69120 Heidelberg

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Angelika-Lautenschläger-Klinik

Geschäftsf. Ärztl. Direktor
Prof. Dr. med. G. F. Hoffmann
Sektion Neuropädiatrie und
Stoffwechselmedizin

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Leiterin OÄ Dr. med. U. Kotzaeridou

Im Neuenheimer Feld 430
D-69120 Heidelberg

☎ +49 06221/56-4837 (Leitstelle)

… +49 06221/56-5222

✉ SPZ.Kinderklinik@med.uni-heidelberg.de

Fragen an die Eltern

(Kinder ab drei Jahre)

Ausgefüllt von : _____

Ausgefüllt am : _____

Im folgenden Fragebogen haben wir Angaben zur Entwicklung, zum Verhalten und zur allgemeinen Lebenssituation Ihres Kindes zusammengestellt, die für die Vorstellung in unserer Ambulanz wichtig sind. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und antworten Sie ruhig ausführlich. So können Sie und wir uns bereits auf das Gespräch vorbereiten.

ANGABEN ZUM KIND (bitte ausfüllen)

| | |
|---|--------------|
| Vorname und Name des Kindes | Geburtsdatum |
| Telefon (Festnetz- und Mobilnummer, Fax). Wer meldet sich? | |
| Emailadresse | |
| Name, Adresse und Telefonnummer des behandelnden Kinderarztes | |
| Grund der Vorstellung Ihres Kindes | |

FAMILIENANAMNESE (bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

| | | | |
|---|--------------|---|-------------------|
| VATER , Alter: _____ | | Schulabschluss | |
| Berufsausbildung: _____ | | <input type="checkbox"/> keiner | |
| Berufstätigkeit: _____ | | <input type="checkbox"/> Haupt- oder Realschulabschluss | |
| | | <input type="checkbox"/> Abitur/Fachhochschulreife | |
| | | <input type="checkbox"/> (Fach-) Hochschulabschluss | |
| Ausübung: <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Elternzeit | | | |
| MUTTER , Alter: _____ | | Schulabschluss | |
| Berufsausbildung: _____ | | <input type="checkbox"/> keiner | |
| Berufstätigkeit: _____ | | <input type="checkbox"/> Haupt- oder Realschulabschluss | |
| | | <input type="checkbox"/> Abitur/Fachhochschulreife | |
| | | <input type="checkbox"/> (Fach-) Hochschulabschluss | |
| Ausübung: <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Elternzeit | | | |
| Eltern sind: | | Sorgerecht | |
| <input type="checkbox"/> verheiratet oder zusammenlebend | | <input type="checkbox"/> gemeinsam | |
| <input type="checkbox"/> geschieden, getrennt bzw. alleinerziehend | | <input type="checkbox"/> alleinig, wer: _____ | |
| GESCHWISTER | | | |
| Vorname | Geburtsdatum | Krankheiten, Auffälligkeiten der Entwicklung | |
| | | ja | Falls ja, welche? |
| 1. | | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | | <input type="checkbox"/> | |
| Wer betreut die Kinder? | | | |
| BESONDERHEITEN BEI FAMILIENMITGLIEDERN UND VERWANDTEN | | | |
| <i>Bitte Zutreffendes ankreuzen</i> | | <i>Bitte beschreiben (wer, welche Krankheit ...)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Blutsverwandtschaft der Eltern | | | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | | | |
| <input type="checkbox"/> Neurologische oder psychische Krankheiten | | | |
| <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen | | | |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen, z.B. Kinder, die eine Sondereinrichtung besuchen | | | |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensprobleme | | | |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Alkohol-/ Drogenmissbrauch | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Krankheiten | | | |

SCHWANGERSCHAFTSANAMNESE (bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

| | |
|--|------------------|
| Hadte die Mutter Fehl-/ Totgeburten | In welchem Jahr? |
| Bestanden in der Schwangerschaft mit diesem Kind: In welchem Monat? <i>Bitte näher beschreiben ...</i> | |
| <input type="checkbox"/> Infektionen? <input type="checkbox"/> Blutungen? <input type="checkbox"/> andere Krankheiten? | |
| Wurde in der Schwangerschaft eine vorgeburtliche Untersuchung durchgeführt, z.B. | |
| <input type="checkbox"/> Fruchtwasseruntersuchung <input type="checkbox"/> Chorionzottenbiopsie <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchungen <input type="checkbox"/> Wurden während der Schwangerschaft Medikamente, Nikotin oder Alkohol eingenommen? | |

GEBURTSANAMNESE (bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

| |
|---|
| Die Geburt erfolgte <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> im Geburtshaus <input type="checkbox"/> _____ |
| Wurde das Kind am errechneten Termin geboren? Zu früh (wie viele Tage/ Wochen)? _____ Zu spät (wie viele Tage/ Wochen)? _____ |
| Handelte es sich um eine Geburt auf: <input type="checkbox"/> normalem Wege <input type="checkbox"/> durch Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Zange |
| <input type="checkbox"/> Hatte das Kind die Nabelschnur um den Hals geschlungen? <input type="checkbox"/> War das Kind nach der Geburt blass oder blau? <input type="checkbox"/> Schrie das Kind sofort? <input type="checkbox"/> Musste es beatmet werden? |
| Geburtsgewicht: _____ Länge bei Geburt: _____ Kopfumfang bei Geburt: _____ |
| APGAR-Werte (Vorsorgeheft): _____ Nabelschnur-pH (Vorsorgeheft): _____ |
| Besonderheiten (Vorsorgeheft): |

NEUGEBORENEPERIODE

| |
|--|
| Hadte Ihr Kind in der Neugeborenenzeit Probleme? |
| Wurden Sie bei der Entlassung des Kindes auf Besonderheiten aufmerksam gemacht? |
| Falls Ihr Kind in der Neugeborenenzeit in eine Kinderklinik verlegt werden musste, wie lange ist es dort behandelt worden und warum? <i>Bitte bringen Sie die entsprechenden Arztbriefe mit.</i> |

ENTWICKLUNG

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?

Falls nein, was ist Ihnen aufgefallen?

| | |
|-----------------|---|
| Bewegung | In welchem Alter konnte Ihr Kind seine ersten freien Schritte machen? |
| | In welchem Alter konnte Ihr Kind Dreirad/Laufrad/Fahrrad fahren? (<i>bitte unterstreichen</i>) |
| | Hat Ihr Kind Probleme beim Schneiden und Malen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls ja bitte beschreiben</i> |
| | Welche Hand benutzt Ihr Kind bevorzugt z.B. beim Schreiben und Malen? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> mehr rechts als links <input type="checkbox"/> rechts und links <input type="checkbox"/> mehr links als rechts <input type="checkbox"/> links |

| | |
|--------------------------|--|
| Hören & Sehen | Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Hören? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls ja</i> Wurde das Gehör untersucht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls ja was war das Ergebnis</i> |
| | Trägt Ihr Kind eine Brille? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ist es in augenärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

| | |
|----------------|--|
| Sprache | Beschreiben Sie, wie sich Ihr Kind im Alter von 3-7 Monaten sprachlich geäußert hat (z.B. "bababa", gugugu" etc.) |
| | Wann hat es die ersten Wörter gesagt? |
| | Wann hat Ihr Kind Zwei-Wort-Sätze gebildet? |
| | Hat Ihr Kind Probleme, alle Laute aussprechen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Hat Ihr Kind Sprachprobleme (z.B. Stottern)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls ja, bitte beschreiben</i> |

| | |
|------------------|---|
| Verhalten | Hat Ihr Kind Probleme bei der Konzentration, Ausdauer oder Ungeduld und Impulsivität (z.B. Schwierigkeiten, Dinge zu Ende zu führen)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Verhält sich Ihr Kind motorisch unruhig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Spielt Ihr Kind lieber alleine als mit anderen Kindern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Zeigt Ihr Kind ein auffälliges Bedürfnis nach festen Abläufen und Ritualen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls ja, bitte beschreiben</i> |
| | Vermeidet oder sucht Ihr Kind die Berührung bestimmter Materialien in ungewöhnlichem Maße? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls ja, welche</i> |
| | Haben Sie bei Ihrem Kind seltsame Bewegungen beobachtet (z. B. Handwedeln, Grimassen ziehen, Haare zupfen, Fingernägel beißen)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls ja, bitte beschreiben</i> |
| | Zeigt ihr Kind weitere Verhaltensauffälligkeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls ja, welche</i> |

| | |
|---------------|--|
| Spiele | Was spielt Ihr Kind gerne (Rollenspiele z.B. Mutter-Vater-Kind, Regelspiele usw.)? |
| | Was malt Ihr Kind? Kann ihr Kind gegenständlich malen, z.B. einen Menschen (<i>bitte beschreiben, bitte bringen Sie aktuelle Zeichnungen mit</i>)? |

| | |
|----------------------------------|---|
| Essen, Schlaf, Sauberkeit | Gibt es beim Essen Probleme? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Hat Ihr Kind Schlafprobleme? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | In welchem Alter war Ihr Kind trocken und sauber? |
| | Nässt Ihr Kind nachts oder tags wieder ein, obwohl es schon einmal längere Zeit trocken war? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

KINDERGARTENKINDER

| |
|---|
| Was für einen Kindergarten besucht Ihr Kind? (<i>bitte ankreuzen</i>) <input type="checkbox"/> Regelkindergarten <input type="checkbox"/> integrativer Kindergarten <input type="checkbox"/> _____ |
| Anschrift und Telefonnummer des Kindergartens: |
| Seit wann besucht das Kind den Kindergarten? |
| Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten? Hat es Freunde im Kindergarten? |

SCHULKINDER (*bitte bringen Sie für eine psychologische Untersuchung das letzte Schulzeugnis mit*)

| |
|--|
| Was für eine Schule und welche Klassenstufe besucht Ihr Kind? |
| Anschrift und Telefonnummer der Schule: |
| Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt oder die Schule gewechselt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, wenn ja welche |
| Wurde es zurückgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, wenn ja, warum (<i>bitte beschreiben</i>) |
| Wie sind die Schulleistungen insgesamt? <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht |
| In welchem Fach ist Ihr Kind am besten? |
| In welchem Fach hat Ihr Kind Schwierigkeiten? (<i>bitte beschreiben</i>) |
| Ist bei Ihrem Kind eine Teilleistungsschwäche (z.B. Lese-Rechtschreibschwäche, Rechenschwäche) festgestellt worden (<i>bitte näher beschreiben</i>)? |
| Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben? Welche? |

THERAPIE/FÖRDERUNG (*Bitte bringen Sie entsprechende Befunde/Berichte mit*)

| | | |
|--|----------|-----------------|
| Förderung: Erhielt oder erhält Ihr Kind ... | Bei wem? | von ... bis ... |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Nachhilfe <input type="checkbox"/> Förderkurse (Schule) <input type="checkbox"/> Einzelintegrationsmaßnahme <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> andere _____ | | |

WELCHE GESUNDHEITLICHEN PROBLEME HAT IHR KIND?

| |
|--|
| Neurologische Krankheiten, z.B. Epilepsie, Muskelerkrankungen, Kopfschmerzen oder Bewegungsstörungen? <i>Bitte beschreiben</i> |
| Andere Krankheiten, z.B. Herz, Lunge, Niere, Bauch, Muskulatur und Gelenke, psychiatrische Erkrankungen, Allergien? <i>Bitte beschreiben</i> |
| Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Welche (auch alternative Heilmittel)? |

ÄRZTLICHE BETREUUNG (*Bitte bringen Sie entsprechende Befunde/Berichte mit*)

| |
|--|
| Ist Ihr Kind in weiterer fachärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Weshalb und bei wem (Name und Telefonnummer)? |
| Krankenhausaufenthalte, Unfälle, Operationen (wann und wo?) |

IMPFUNGEN (*Bitte Impfausweis zur Untersuchung mitbringen*)

| |
|--|
| Hat Ihr Kind regelmäßig Impfungen erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Traten nach den Impfungen Komplikationen auf? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, <i>falls ja bitte beschreiben</i> |

SOZIALRECHTLICHE VERSORGUNG/HILFSMITTEL

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| Hilfsmittel (z.B. Schienen, Rollstuhl) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche: |
| Pflegegeld | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja: Stufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| Schwerbehinderten- ausweis | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja: _____ % GdB Merkzeichen: _____ |