

ENTWICKLUNGSBOGEN Kinder / Jugendliche

Dieser Fragebogen ist uns bei der Diagnose Ihres Kindes behilflich. Der Fragebogen wird nur mit Ihrer schriftlichen Genehmigung an andere Stellen weitergegeben. Zutreffendes bitte unterstreichen und eigene Ergänzungen vornehmen.

Name des angemeldeten Kindes

männlich/weiblich

.....

Geburtstag:

Geburtsort:

1. Verlauf der Schwangerschaft

normal - körperliche Beschwerden - seelische Belastungen

Welche?

Gab es vorherige Fehlgeburten / Totgeburten / Abtreibungen?

.....

Geplante oder ungeplante Schwangerschaft?.....

Sonstiges

2. Verlauf der Geburt

normal - Frühgeburt - Kaiserschnitt - Saugglockengeburt- andere Komplikationen

.....

Wie erlebten Sie die Geburt ihres Kindes?

.....

3. Ernährung im ersten Lebensjahr

Wurde das Kind gestillt?

ja/nein

Wie lange wurde das Kind gestillt?

Traten Schwierigkeiten bei der ersten Versorgung auf?

ja/nein

Welche?

4. Störungen und Erkrankungen im 1. Lebensjahr

ja/nein

Wenn ja, welche?

Welche Behandlung?

5. Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht?

ja/nein

Hat Ihr Kind einen Schnuller benutzt?

ja/nein

Wenn ja, wie lange?

Hat Ihr Kind einen Lieblingsgegenstand gehabt?

ja/nein

Wenn ja, welchen?

.....

6. Entwicklung des Gehens

Glauben Sie, dass Ihr Kind eher früher - eher später -
zum üblichen Zeitpunkt - laufen gelernt hat?

Können Sie sich erinnern, wie alt Ihr Kind war?

7. Entwicklung des Sprechens

Glauben Sie, dass Ihr Kind eher früher - eher später - zum üblichen
Zeitpunkt - sprechen gelernt hat?

Können Sie sich erinnern, wie alt Ihr Kind war?

Gab es Besonderheiten in der Sprachentwicklung? ja/nein

Wenn ja, welche?

Welche Sprache(n) wird/werden in der Familie gesprochen?

8. Hat Ihr Kind Fragen zu Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt und
Geschlechtsunterschied gestellt? ja/nein

Welche Reaktionen auf seine körperliche Entwicklung haben Sie
beobachtet?

.....

Welche sexuellen Spiele haben Sie bei Ihrem Kind bemerkt?

9. Wie alt war Ihr Kind, als Sie mit der Reinlichkeitserziehung angefangen haben?

.....

Gab es Probleme bei der Reinlichkeitserziehung? ja/nein

Wenn ja, welche?

In welchem Alter war Ihr Kind sauber, bzw. trocken?

10. Haben Sie eine Phase des Trotzens bei Ihrem Kind beobachtet? ja/nein

Wenn ja, wann und welches Verhalten?

.....

Haben Sie eine Fremdelphase bei Ihrem Kind beobachtet? ja/nein

Wenn ja, wann und welches Verhalten?

.....

11. Bei wem ist Ihr Kind hauptsächlich aufgewachsen?

.....

Welche Personen haben sich am meisten um das Kind gekümmert?

.....

12. Hat Ihr Kind ein Kinderzimmer? ja/nein

Allein, mit anderen Kindern?

13. Wo schläft Ihr Kind? (im eigenen Bett - im Bett der Eltern -)

 Hat oder hatte Ihr Kind besondere Schlafgewohnheiten? ja/nein
 Wenn ja, welche?
-
14. Hatte Ihr Kind (Kinder-) Krankheiten, Operationen, Unfälle?
 Welche?
 Alter?
 Krankenhausaufenthalt?
 Wie lange?
 Alter?
-
15. Hat Ihr Kind Trennungszeiten von Ihnen erlebt? ja/nein
 Wenn ja, weshalb, wie lange, wie häufig?
 Konnten Sie ein besonderes Verhalten danach beobachten? ja/nein
 Wenn ja welches?
16. Ist Ihr Kind in eine Tagesbetreuung/ Krippe gegangen?
 ja/nein
 Wenn ja, wann?
 Halbtags/ganztags (*Zutreffendes unterstreichen*)
 Gab oder gibt es Probleme dort? ja/nein
 Wenn ja, welche?
-
17. Ist Ihr Kind in den Kindergarten gegangen?
 ja/nein
 Wenn ja, wann?
 Halbtags/ganztags (*Zutreffendes unterstreichen*)
 Gab es oder gibt es Probleme im Kindergarten? ja/ nein
 Wenn ja, welche?
-
18. Hat Ihr Kind eine Vorschule /-klasse besucht? ja/nein
 Wenn ja, warum?
 Hat Ihr Kind Frühförderangebote bekommen (*Logopädie, Ergotherapie usw.*) ja/nein
 Wenn ja, welche und warum?
 In welchem Alter ist Ihr Kind in die Schule gekommen?
 Gab es Probleme bei der Einschulung? ja/nein
 Wenn ja, welche?
-
19. Hat Ihr Kind Probleme in der Schule? ja/ nein
 Wenn ja, welche?

	Gibt es Fächer, die Ihr Kind besonders mag?	ja/nein
	Welche?	
	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in besonderen Fächern?	ja/nein
	In welchen?	
	Gibt es Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben?	ja/nein
	Wenn ja, welche?	
	Wie oft hat Ihr Kind die Schule gewechselt?	gar nicht / mal
	Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?	ja/nein
	Wenn ja, warum?	
	Hat Ihr Kind eine Klasse gewechselt?	ja/nein
	Wenn ja, warum?	
20.	Hat Ihr Kind besondere Vorlieben in der Freizeit?	ja/nein
	Wenn ja, welche?	
21.	Ist Ihr Kind in einer Kinder- oder Jugendgruppe / Freundeskreis (oder ähnlichem)	ja/nein
	Glauben Sie, dass Ihr Kind unter Gleichaltrigen (<i>Zutreffendes unterstreichen</i>)	
	eher isoliert ist / einige Freunde hat / viele Freunde hat	
	Spielt Ihr Kind eher mit (<i>Zutreffendes unterstreichen</i>):	
	gleichaltrigen Kindern / jüngeren Kindern / älteren Kindern / Erwachsenen	
22.	Bekommt Ihr Kind regelmäßig ein Taschengeld, über das es frei verfügen kann?	ja/nein
	Wenn ja, wofür, glauben Sie, wird dieses hauptsächlich verwendet?	
23.	Waren Sie wegen Ihres Kindes schon einmal in einer - Erziehungsberatungsstelle?	ja/ nein
	Wo und wann?	
	Wurden mit Ihrem Kind bereits psychologische Tests durchgeführt?	ja/nein
	Würden Sie zustimmen, dass die Unterlagen angefordert werden?	ja/nein
	Adresse:	
24.	War Ihr Kind schon einmal in kinderpsychiatrischer Untersuchung?	ja/nein
	Wenn ja, wann?	
	Weshalb?	
25.	Liegt ein kinderärztlicher Befund vor?	ja/nein
	Wenn ja, welcher?	
	Bei Mädchen: 1. Regelblutung, wann ?	
	Bei Jungen: 1. Samenerguss, wann ?	
26.	Wie oft ist Ihr Kind schon umgezogen (einschließlich der Zeit während der Schwangerschaft):	

27. Angaben zur Familie

	Mutter	Vater
Name
Geburtsdatum
Telefonnummer
Anschrift
Eheschließungsdatum
Todesfall/Scheidung
Zur Zeit tätig als
Erlerner Beruf/Ausbildung
Arbeitszeit
Chr. Krankheiten

Wie viele Kinder haben Sie?

Angaben zu den Kindern

	Name	Geburtstag	Krankheit/Todesfall
1. Kind
2. Kind
3. Kind
4. Kind
5. Kind

Mit welchen Personen lebt Ihr Kind zusammen:

28. Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind bisher? Kreuzen Sie bitte an:

Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallserkrankungen
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegungsstörungen
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien, welche?
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>		

29. Welche der folgenden Verhaltensauffälligkeiten machten Ihnen während Kindergarten- und Grundschulzeit Ihres Kindes Sorgen? Kreuzen Sie bitte an:

<input type="checkbox"/> Einnässen	<input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Lügen
<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> sexuell auffälliges Verh.	<input type="checkbox"/> Weglaufen
<input type="checkbox"/> Grimassieren	<input type="checkbox"/> Legasthenie	<input type="checkbox"/> Essensschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Unkonzentriertheit	<input type="checkbox"/> Kontaktstörungen	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/> Gehemmtheit, Schüchternh.	<input type="checkbox"/> Sehstörungen
<input type="checkbox"/> Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/> Einkoten	<input type="checkbox"/> auffälliges Spielverhalten
<input type="checkbox"/> Daumenlutschen	<input type="checkbox"/> Tics	<input type="checkbox"/> Schulschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Wutausbrüche	<input type="checkbox"/> Zappeligkeit	<input type="checkbox"/> Einordnungsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Stehlen	<input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit	<input type="checkbox"/> i.d. Schule
<input type="checkbox"/> Schuleschwänzen	<input type="checkbox"/> Linkshändigkeit	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Nägelkauen	
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Trotz, Ungehorsam	

30. Fällt Ihnen sonst noch etwas Wichtiges ein?

.....

Unterschrift der Sorgeberechtigten / ggf. Vormund:

.....
.....

Datum: