

Fragebogen zu Kind und Familie

Liebe Eltern,

Ich möchte Sie bitten nachstehende Fragen zur Entwicklung und Persönlichkeit Ihres Kindes und zu Ihrer Familie zu beantworten. Der Fragebogen liefert mir wertvolle Informationen, die wir im nächsten persönlichen Gespräch bei Bedarf noch ergänzen können. Einige Fragen sind nur anzukreuzen. Bei anderen Fragen bitte Ich Sie um eine kurze freie Beantwortung. Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: _____ Heutiges Datum: _____

Entwicklung des Kindes

Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft war dieses Kind? _____

Falls Erbrechen während der Schwangerschaft auftrat, kreuzen Sie bitte die betreffenden Monate an:

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Falls Blutungen während der Schwangerschaft auftrat, kreuzen Sie bitte die betreffenden Monate an:

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Traten während der Schwangerschaft Krankheiten wie schwere fieberhafte Erkrankungen oder Unfälle auf?:
Ja: _____ Nein: _____

Wenn ja, in welchem Monat und was trat auf? (bitte beschreiben):

Wurde während der Schwangerschaft eine Toxoplasmose festgestellt?: Ja: _____ Nein: _____

Litten Sie während der Schwangerschaft am der Zuckerkrankheit (Diabetes)?: Ja: _____ Nein: _____

Traten während der Schwangerschaft erhöhter Blutdruck, Eiweiß im Urin oder Wasseransammlungen im Körper auf? Ja _____ Nein _____

Mussten Sie während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen?: Ja _____ Nein: _____

Wenn ja, welche und in welchem Monat? (Bitte beschreiben):

Wie viel Zigaretten rauchten Sie durchschnittlich pro Tag während der Schwangerschaft?:

Keine: _____ 1-5: _____ 6-10: _____ 11-15: _____ 16-20: _____ 21 und mehr: _____

Wie viel Alkohol tranken Sie während der Schwangerschaft?:

Keinen: ____
Regelmäßig in kl. Mengen: ____
(höchstens 1 Glas/Tag)

Ab und zu bei festlichen Anlässen: ____
Mehr als 1 Glas/Tag: ____

Geburt

In welcher Klinik wurde Ihr Kind geboren?: _____

Abweichung vom erreichten Termin (Angabe in Tagen): _____

Geburtsgewicht: _____ g

Geburtslänge: _____ cm

Gab es Komplikationen wie Herztonabfälle/Sauerstoffmangel/Isolette?: Ja:____ Nein:____

Wenn ja, welche?:

Gab es eine besondere eine Lage/Eingriffe wie Vakuum, Zange, Kaiserschnitt, etc.: Ja:____
Nein:____

Wenn ja, welche?:

Setzte die Atmung Ihres Kindes sofort nach der Geburt ein (1. Schrei)?: Ja:____ Nein:____

Stillzeit

Wie lange haben Sie Ihr Kind nur brustgestillt?: _____ Monate

Wie lange teilweise?: _____ Monate

Lag eine Trinkschwäche vor?: Ja:____ Nein:____

1. Lebensjahr des Kindes

Lagen bei Ihrem Kind im 1. Lebensjahr Ernährungsschwierigkeiten vor?: Ja:____ Nein:____

Litt Ihr Kind an Bauchkoliken/Nahrungsunverträglichkeiten?: Ja:____ Nein:____

Hat ihr Kind übermäßig viel geschrien?: Ja:____ Nein:____

Wann hat Ihr Kind einen Schlafrhythmus gefunden/durchgeschlafen?:

mit _____ Monaten

Traten bei Ihrem Kind Krämpfe auf (Fieberkrämpfe, Säuglingskrämpfe)?: Ja:___ Nein:___

Traten im 1. Lebensjahr schwere Erkrankungen oder Unfälle auf?: Ja:___ Nein:___

Ihr Kind konnte alleine sitzen mit _____ Monaten

Ihr Kind konnte alleine stehen mit _____ Monaten

Ihr Kind konnte alleine gehen mit _____ Monaten

Ihr Kind sprach die ersten Worte
(z.B. Mama, Papa) mit _____ Monaten

Ihr Kind sprach die ersten Zweiwortsätze
(z.B. Mama trinken) mit _____ Monaten

Gab es Sprachauffälligkeiten?: Ja:___ Nein:___

Wenn ja, welche?: _____

Ihr Kind hat

tagsüber nicht mehr eingenässt mit _____ Monaten

tagsüber nicht mehr eingekotet mit _____ Monaten

über Nacht nicht mehr eingenässt mit _____ Monaten

über Nacht nicht mehr eingekotet mit _____ Monaten

Temperament und Verhalten

Bitte beurteilen Sie folgende Merkmale Ihres Kindes in den ersten drei bis vier Lebensjahren:

Motorisch unruhig, immer in Bewegung Ja:___ Nein:___

Ausgesprochen ruhig und bewegungsarm Ja:___ Nein:___

Motorisch ungeschickt, verletzte sich häufig Ja:___ Nein:___

Trotzanfälle Ja:___ Nein:___

Schüchtern, unsicher, ängstlich Ja:___ Nein:___

Unselbstständig, suchte viel Nähe der Mutter/des Vaters Ja:___ Nein:___

Trennungsschwierigkeiten Ja:___ Nein:___

Wehrte Körperkontakt ab, kaum liebebedürftig Ja:___ Nein:___

Kaum alleine gespielt, musste immer angeleitet werden Ja:___ Nein:___

Eifersüchtig Ja:___ Nein:___

Ernährungsprobleme Ja:___ Nein:___

Einschlafschwierigkeiten Ja:___ Nein:___

Durchschlafschwierigkeiten, nachts viel geschrien Ja:___ Nein:___

Hat Ihr Kind spezielle Interessen? Ja:___ Nein:___

Wenn ja, welche?: _____

Andere Auffälligkeiten?: _____

Hat(te) Ihr Kind schwere Erkrankungen, Unfälle oder Operationen?: Ja:___ Nein:___

Wenn ja, welche?: _____

Kita-Alter

Besuchte Ihr Kind eine Spielgruppe? Ja:___ Nein:___

Im Alter von _____ bis _____ Jahre

Häufigkeit? _____ mal _____ Stunden pro Woche

Ging Ihr Kind gerne in die Spielgruppe/Krippe? Ja:___ Nein:___

Gab es Auffälligkeiten im Verhalten?: Ja:___ Nein:___

Wenn ja, welche?:

Eintritt in die Kita mit _____ Jahren

Ende des Kitabesuchs mit _____ Jahren

Ging Ihr Kind gerne in die Kita?: Ja:___ Nein:___

Besuchte Ihr Kind regelmäßig die Kita?: Ja:___ Nein:___

Hatte Ihr Kind große Eingewöhnungsschwierigkeiten?: Ja:___ Nein:___

Wurden von den ErzieherInnen oder von Ihnen auffällige Verhaltensweisen des Kindes in der Kita beobachtet? Ja:___ Nein:___

Wenn ja, welche?:

Schulalter

Wurde die Einschulung Ihres Kindes zurück gestellt? Ja:___ Nein:___

Die Einschulung Ihres Kindes erfolgte mit _____ Jahren

Hatte Ihr Kind bei der Einschulung starke Eingewöhnungsschwierigkeiten?: Ja:___ Nein:___

Besuchte Ihr Kind Sonderklasse oder Spezialschulen? Ja:___ Nein:___

Wenn ja, welche?

Ihr Kind befindet sich jetzt in der _____ Klasse _____ Sonderklasse _____ Regelklasse

Ort und Name der Schule und des/der KlassenlehrerIn:

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?: Ja:___ Nein:___

Wenn ja, welche Klasse wurde wiederholt?: die _____ Klasse

Hat Ihr Kind eine Klasse übersprungen?: Ja:___ Nein:___

ja, welche Klasse wurde übersprungen?: die _____ Klasse

Wie sind im Durchschnitt die schulischen Leistungen Ihres Kindes?:

___ sehr gut ___ gut ___ befriedigend ___ ungenügend

Welche besonderen Lernschwierigkeiten hat(te) Ihr Kind?:

Hat(te) Ihr Kind Förderunterricht?: Ja:___ Nein:___

Welche Lieblingsfächer hat Ihr Kind?: _____

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben?: Ja:___ Nein:___

Gibt es Probleme in bestimmten Fächern?:

Jugendalter

Ist Ihr Kind bereits in der Pubertät? Ja:___ Nein:___

Wenn ja: Erste Periode mit _____ Jahren / Stimmbruch mit _____ Jahren

Hat Ihr Kind bereits die Schule abgeschlossen?: Ja:___ Nein:___

Schulabschluss mit _____ Jahren Typ: ___ ESA ___ MSA ___ Abitur

Freizeit

Ihr Kind spielt am häufigsten:

zu Hause

Ja:___ Nein:___

draußen

Ja:___ Nein:___

Zu Hause spielt oder beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten mit:

Im Freien spielt oder beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten mit:

Ihr Kind betreibt folgende Hobbies:

Ihr Kind ist lieber:

mit sich allein

Ja:___ Nein:___

mit Gleichaltrigen

Ja:___ Nein:___

mit jüngeren Kindern

Ja:___ Nein:___

mit älteren Kindern

Ja:___ Nein:___

Ihr Kind wird von anderen Kindern deutlich abgelehnt:

Ja:___ Nein:___

Wenn ja, warum?:

Ihr Kind lehnt von sich aus einige Kinder deutlich ab:

Ja:___ Nein:___

Wenn ja, warum?:

Wie häufig bringt Ihr Kind Freunde mit nach Hause?:

___ alle 1- 2 Tage

___ 1-2 mal/Woche

___ 1-2 mal/Monat

___ fast nie

Hat Ihr Kind einen oder mehrere beste Freunde?:

Ja:___ Nein:___

Gewinnt Ihr Kind leicht Freunde?:

Ja:___ Nein:___

Familie

Vater des Kindes

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Schul- und Berufsausbildung:

Berufstätig: _____ Ja:___ Nein:___

Wenn ja, jetziger Beruf: _____

Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigt: _____

Eltern des Vaters

Vater: geb. am: _____ Beruf: _____

Wohnort: _____

Mutter: geb. am: _____ Beruf: _____

Wohnort: _____

Geschwister des Vaters (Vorname, geb. am, Beruf):

Mutter des Kindes

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Schul- und Berufsausbildung:

Berufstätig: _____ Ja:___ Nein:___

Wenn ja, jetziger Beruf: _____

Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigt: _____

Wer betreut während der Arbeitszeit der Mutter / des Vaters das Kind?

Eltern der Mutter

Vater: geb. am: _____ Beruf: _____

Wohnort: _____

Mutter: geb. am: _____ Beruf: _____

Wohnort: _____

Geschwister des Mutter (Vorname, geb. am, Beruf):

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Adoptivvater Pflegevater Stiefvater

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Schul- und Berufsausbildung:

Berufstätig: _____ Ja: Nein:

Wenn ja, jetziger Beruf: _____

Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigt: _____

Adoptivmutter Pflegemutter Stiefmutter

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Schul- und Berufsausbildung:

Berufstätig: _____ Ja: Nein:

Wenn ja, jetziger Beruf: _____

Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigt: _____

Familienstand

Sie sind verheiratet unverheiratet zusammen lebend

getrennt lebend wiederverheiratet

Datum der Eheschließung: _____ Datum der Trennung: _____

Erkrankungen in der Familie

Welche schweren körperlichen oder psychischen Erkrankungen traten in der Familie mütterlicher- oder väterlicherseits auf? Und bei wem?

Geschwister des Kindes

	Vorname	Geb. Datum	Schulart	Abweichung im Schulverlauf
1. Kind	_____	_____	_____	_____
2. Kind	_____	_____	_____	_____
3. Kind	_____	_____	_____	_____
4. Kind	_____	_____	_____	_____

Welche schweren Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen traten bei den Geschwistern des Kindes auf? (Bitte mit Namen des betroffenen Kindes):

Der Fragebogen wurde ausgefüllt:

Von der Mutter Ja:___ Nein:___

Von dem Vater Ja:___ Nein:___

Von beiden Eltern Ja:___ Nein:___

Von einer anderen Person: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____