

Elternfragebogen ZIP

ausgefüllt am _____ von _____

Liebe Eltern!

die folgenden **Angaben**, um die wir Sie bitten, sind **freiwillig**. Das Beantworten der nachstehenden Fragen erleichtert uns aber die Vorbereitung und Planung der Diagnostik und Therapie. Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Bitte kennzeichnen Sie ggf. Informationen, die nicht im Arztbrief erscheinen sollen oder besprechen Sie dies mit dem betreuenden Therapeuten.

Angaben zum Kind

Vor- und Zuname _____

geboren am _____ in (Geburtsort) _____

Anschrift der Familie _____

Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Mutter

Vater

Vor- und Zuname _____

geboren am _____

Staatsangehörigkeit/Herkunft _____

Festnetz _____

Mobil _____

E-Mail _____

verheiratet Lebensgemeinschaft getrennt geschieden verwitwet

Angaben zum Sorgerecht

Gemeinsame elterliche Sorge

alleinige elterliche Sorge Mutter Vater

andere _____



AU01010110

Angaben zu anderen vertretungsberechtigten Personen / Stellen

- Vormund Wohngruppe Jugendamt Sonstiges

Vor- und Zuname

Anschrift

Festnetz

Mobil

E-Mail

Vertretungsberechtigt seit

Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja, folgende | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> familienentlastender Dienst | <input type="checkbox"/> häusliche Krankenpflege |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) | <input type="checkbox"/> Unterstützung Jugendamt |
| <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe / Nachbarschaftshilfe | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle |

Ihr Auftrag / Ihr Anliegen an uns

Was ist der Grund für die Vorstellung Ihres Kindes in unserer Abteilung? *Beschwerden, Probleme, Auffälligkeiten, Behinderung*

.....
.....
.....

Seit wann bestehen die Probleme?

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?

.....
.....

Was erhoffen Sie sich von der stationären Behandlung in unserer Klinik?

.....
.....

War Ihr Kind bereits in psychologischer oder medizinischer Betreuung?

- ja, folgender nein
- in einem SPZ _____
- Kinder- und Jugendpsychiater _____
- (Schul-)Psychologe _____
- andere _____

Bitte bringen Sie vorliegende Berichte und Befunde mit, soweit vorhanden.

Welche Empfehlungen wurden bisher ausgesprochen?

Was haben Sie oder andere bereits versucht, um die Problematik zu verbessern?

Wer oder was hat Ihnen oder Ihrem Kind schon einmal geholfen?

Vorgeschichte / Allgemeines

Schwangerschaft und Geburt

Hatten Sie Fehlgeburten / Totgeburten? nein

falls ja, wann / wie viele _____

Haben Sie reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen? nein

ja, Folgende (z.B. ICSI, IVF) _____

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

nein

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Unfälle, Operationen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen |
| <input type="checkbox"/> wenige Kindsbewegungen | <input type="checkbox"/> schweres Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> seelische Belastungen, beruflicher Stress | <input type="checkbox"/> fieberhafte Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Fruchtwasser zu wenig / zu viel | <input type="checkbox"/> Alkohol Zigaretten, Drogen |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlung / Röntgen | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | |

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt?

SSW
.....

Gab es Besonderheiten bei der Geburt?

nein

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio) | <input type="checkbox"/> Beckenendlage |
| <input type="checkbox"/> Saugglocke / Zange | <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt |
| <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der kindlichen Herztöne | <input type="checkbox"/> Grünes Fruchtwasser |
| <input type="checkbox"/> besonders lange Geburt | <input type="checkbox"/> besonders schnelle Geburt |
| <input type="checkbox"/> andere | |

Neugeborenenperiode / Säuglingszeit s. U1 bzw. für den Kopfumfang evtl. U2 im Vorsorgeheft

Geburtsgewicht g Länge cm Kopfumfang cm

APGAR Nabelschnur-pH

Gab es in den ersten Lebenstagen Probleme?

nein

Wenn ja,
welche?

Machte Ihnen in den ersten Lebensmonaten etwas Sorgen?

nein

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bewegungsarmut | <input type="checkbox"/> Häufiges Spucken / Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Ein- und Durchschlafschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Koliken / Bauchprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung / Asymmetrien | <input type="checkbox"/> Trinkschwäche |
| <input type="checkbox"/> Anfälle | <input type="checkbox"/> häufiges Verschlucken |
| <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit | <input type="checkbox"/> Unruhe / vermehrtes Schreien |
| <input type="checkbox"/> andere | |

Wurde Ihr Kind gestillt?

nein

Wenn ja, wie lange? Insgesamt (Wochen/Monate/Jahre)

War das Kind längere Zeit von der Mutter getrennt?

nein

Wenn ja, wie lange? Insgesamt (Wochen/Monate/Jahre)

Welche Bezugspersonen hatte das Kind in den ersten beiden Lebensjahren?

.....
.....

Welche Bezugspersonen hat das Kind jetzt?

.....
.....

Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme?

nein

Wenn ja, welche? *Schlucken,*
Saugen, Kauen, Speichelfluss

Ist Ihr Kind nach Plan (gemäß STIKO) geimpft?

ja **nein**

Gab es besondere Reaktionen auf die Impfungen?

nein

Wenn ja, welche und wann?

Entwicklung

In welchem Alter hat Ihr Kind folgende Entwicklungsschritte erreicht und gab es dabei Besonderheiten?

- Krabbeln _____
- Hochziehen zum Stand _____
- erste freie Schritte _____
- erste Wörter _____
- erste Sätze _____
- keine Windel am Tag _____
- keine Windel in der Nacht _____
- Fahrradfahren _____
- Schwimmen _____

Ernährung

Gab es Auffälligkeiten im Ernährungsverhalten od. bei der Verdauung? nein

Wenn ja, welche?

Schlaf

Schlafenszeiten am Wochenende von _____ Uhr bis _____ Uhr

Bestehen Einschlafprobleme? nein ja

Bestehen Durchschlafprobleme? nein ja

Treten im Schlaf Auffälligkeiten auf? nein

Wenn ja, welche? Schnarchen Knirschen

Sonstige _____

Nässt Ihr Kind ein? nein ja

Wo schläft Ihr Kind?

- eigenes Bett eigenes Zimmer
 bei den Eltern bei Geschwistern
 bei Anderen

Krankenvorgeschichte

Gab es besondere Erkrankungen, OPs, Unfälle od. Beschwerden? **nein**

Wenn ja, welche und
 wann?

Bekommt Ihr Kind zur Zeit Medikamente? Falls ja, bitte angeben **nein**

<i>Name des Medikaments</i>	<i>Dosis (mg)</i>	<i>Dosierung (z.B. 3x1)</i>	<i>seit</i>

Hat Ihr Kind Hilfsmittel? **nein**

- Rollstuhl Brille
 Wenn ja, welche? Orthesen / Schienen Hörgeräte
 andere

Gibt es Hinweise, dass Ihr Kind Substanzen wie Alkohol od. andere Drogen konsumiert? **nein**

Wenn ja, welche und wann?

Therapien

Bekommt od. bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien?

nein

Falls ja, bitte angeben

	Seit /. von .. bis	Wie oft?	Wegen?	Wo?
Physiotherapie				
Ergotherapie				
Logopädie				
Heilpädagogik				
Frühförderung				
Psychotherapie				
Spieltherapie				

Bisherige Diganostik

Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

	Name	Praxisort	Wann	Befunde
HNO-Arzt				
Augenarzt				
EEG				
MRT / CT				
Röntgen				

Kindergarten- und Schulbesuch

Welche der folgenden Einrichtungen hat Ihr Kind besucht bzw. besucht es noch?

- Kinderkrippe im Alter von bis Monaten/Jahren
- Kindergarten im Alter von bis Monaten/Jahren
- Regelkindergarten Integrativplatz
- Heilpädagogischer Kindergarten anderer
- Grundschule ab dem Alter von Jahren
- Regelgrundschule andere
- weiterführende Schule
- Gymnasium Realschule
- Mittelschule andere

Welche Klasse und Schule besucht Ihr Kind aktuell?

Klassenstufe Name der Schule

Wurde eine Klasse wiederholt? nein

Ja, Klassenstufe

Erhält od. erhielt Ihr Kind Unterstützung in Schule / Kindergarten? nein

- mobile sonderpädagogische Hilfe (msH) Schulbegleiter
- Mobiler sonderpädagogischer Dienst (MSD) Schulpsychologe
- andere

Hausaufgabensituation

Wie lange benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?

Wo fertigt Ihr Kind die Hausaufgaben an?

- Mittagsbetreuung od. Hort zu Hause

Gibt es Probleme mit den Hausaufgaben? nein

Wenn ja, welche?

Spiel und Verhalten

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne?

.....
.....

Welche Interessen hat Ihr Kind (Sportarten, Hobbys, Freizeitaktivitäten)?

.....
.....

Wie hoch ist der Medienkonsum täglich (TV, Handy, Tablet)? Std.

.....
.....

Hat Ihr Kind feste Freunde, mit denen es spielt?

.....
.....

Wie verhält sich Ihr Kind mit anderen Kindern?

.....
.....

Pubertäre Entwicklung

Wurde Ihr Kind aufgeklärt? Wie? Durch wen?

.....
.....

In welchem Alter setzen bei Ihrem Kind die ersten Zeichen der Pubertät ein?

.....
.....

Sexuelle Entwicklung

Bestehen sexuelle Interessen/Konflikte?

.....
.....

Bestehen Unsicherheiten od. Schwierigkeiten wegen der sexuellen Orientierung?

.....
.....

Fragen zur Erziehung

Gab oder gibt es für Sie Probleme in der Erziehung Ihres Kindes?

.....
.....

Wie beschreiben Sie Ihren Erziehungsstil?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> eher streng | <input type="checkbox"/> eher nachgiebig |
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> beide Eltern erziehen sehr unterschiedlich |

Gibt es Konsequenzen? Wenn ja, welche?

.....
.....

Haben Sie Ihr Kind körperlich bestraft?

.....
.....

Gibt es Taschengeld? Wenn ja, wie viel?

.....
.....

Stärken und Schwächen

Welche Stärken / positive Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind?

.....

.....

Welche Schwächen / negativen Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind?

.....

.....

Angaben zur familiären Situation

Wie ist das familiäre Umfeld Ihres Kindes? Mit wem lebt das Kind zusammen?

.....

.....

Bitte teilen Sie uns folgende Angaben mit.

	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>
Alter
Schulabschluss
erlernter Beruf / Studium
aktuelle Tätigkeit
Vorerkrankungen

Sind die Eltern blutsverwandt?

nein ja

Wenn Eltern getrennt / geschieden, wann fand dies statt?

.....

.....

Welche Vereinbarung zur Besuchsregelung wurden getroffen?

.....

.....

Hat Ihr Kind Geschwisterkinder? Falls ja, bitten wir um weitere Angaben nein

	Name	Alter	Schule	Vorerkrankungen
1				
2				
3				
4				
5				

Wie schätzen Sie Ihre finanzielle Situation ein?

- gut ausreichend nicht ausreichend

Sind gleiche od. ähnliche Erkrankungen / Probleme wie Sie bei Ihrem Kind vorliegen in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? ja
 nein

Welche der folgenden Krankheiten sind in der engeren / weiteren Familie aufgetreten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> verzögerte od. gestörte Sprache |
| <input type="checkbox"/> Autismus | <input type="checkbox"/> spastische od. andere Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Missbildungen | <input type="checkbox"/> geistiger Entwicklungsrückstand |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung / Blindheit | <input type="checkbox"/> Hörbehinderung / Taubheit |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Ekzem / Nesselsucht | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> andere |

Bei Bedarf können Sie hier noch nähere Angaben machen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

