

Vorgeschichte

Name	Datum
_____	_____

Wieviertes Kind 1. 2. 3. 4. 5. Insgesamt _____ Kinder

Schwangerschaft war geplant ja / nein
 Medikamente, Alkohol, Drogen ja / nein
 Besonderheiten / Probleme ja: _____ / nein

Geburt Operative Geburt ja / nein wenn ja, warum? _____
 Beckenendlage ja / nein
 Schwangerschaftswoche _____
 Geburtsgewicht _____ g
 wo geboren _____

Ernährung Muttermilch ja / nein für ___ Monate
 Unverträglichkeiten / Diät ja / nein

Entwicklung unauffällig ja / nein
 Lebensmonat für *Lächeln* ____ *erste Worte* ____ *Sitzen* ____ *Laufen* ____

Kindergarten seit ____ . Lebensjahr **Schule** ____ . Klasse **Freunde** ja / nein

Verhalten auffällig? ja: _____ / nein

Impfungen nach STIKO-Empfehlung Ja / nein

Kinderkrankheiten Windpocken Keuchhusten Herpes 3-Tage-Fieber Scharlach
 Mumps Masern Röteln Ringelröteln

Krankheiten, Unfälle, Operationen

Familie (*Mutter = m, Vater = v*) Allergien Asthma Migräne
 Herz/Kreislauf Nieren Augen
 Gehör Tumore Depression o.a.
 Schilddrüse, Diabetes Haut Krampfleiden

Soziales Nationalität / Muttersprache in Deutschland seit Ausbildung / Beruf
 Mutter _____ _____ _____
 Vater _____ _____ _____

getrennt lebend ja / nein
 überwiegende Betreuung des Kindes durch *Mutter* / *Vater* / _____
 Belastungen in der Familie ja / nein