

Fragebogen Dr. F. Fehr mod. nach Fragebogen von Dr. K. Stollhoff

Biographische Anamnese Fragebogen zur Vorgeschichte des Kindes

Ausgefüllt von () Vater () Mutter () Anderen, nämlich

Angaben zum Kind:

Name: _____ Vorname: _____
geb. am: _____ in: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Handy: _____
Straße: _____ Postleitzahl/Ort: _____
Lebt bei: a) den Eltern; oder b) bei wem: _____

Gesetzlicher Vertreter: Mutter Vater Anderer

Über wen ist das Kind versichert: _____ Krankenkasse: _____

Angaben zur Familie:

Mutter Name: _____ Vorname: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____
berufstätig: _____ ganztags/ halbtags

Wichtige Erkrankungen

Vater Name: _____ Vorname: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____
berufstätig: _____ ganztags/ halbtags

Wichtige Erkrankungen

Geschwister des Kindes:

Name und Vorname:	geb. am:	welche Schule bzw. welcher Beruf	besondere Probleme oder Krankheiten

Sind die Eltern verheiratet getrennt geschieden

Erziehen Sie Ihr(e) Kind(er) allein als Mutter als Vater

Wer betreute Ihr Kind im ersten Lebensjahr

Wohnverhältnisse

Art des Hauses:

Stockwerk:

Bad/ Küche/ Balkon/ Garten, Zahl der Zimmer:.....Zahl der Kinderzimmer:.....

Fragen zur Entwicklung des Kindes:

Schwangerschaft: problemlos ja nein

Wenn nein: welche Probleme:

Nikotin während der Schwangerschaft ja nein

Andere Drogen ja nein

Wenn ja, welche:

Medikamente ja nein

Wenn ja, welche:

Fragen zum Neugeborenen: Geburt : Schwangerschaftswoche

Gewicht: g Länge: cm Kopfumfang: cm

Hat Ihr Kind sofort nach der Geburt geschrien? ja nein

Apgar-Werte:

--	--	--

Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt? ja nein

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf wie z. B.:

- () Infektionen () Krampfanfälle
 () Ernährungsstörungen () Schlafstörungen
 () vermehrtes Schreien () andere

Wie hat sich Ihr Kind in den ersten Lebensjahren entwickelt?

In welchem Alter begann es,

Sie anzublicken	frei zu sitzen
zu lächeln	frei zu gehen
zu greifen	erste Worte zu sprechen
sich zu drehen	kurze Sätze zu sprechen

Wann war ihr Kind trocken: tagsüber..... / nachts.....

Wann war es sauber.....

Hat Ihr Kind eine chronische Krankheit? () nein () ja

Wenn ja, welche

Hat Ihr Kind eine körperliche Behinderung? () nein () ja

Wenn ja, welche

Im Alter von 3-4 Jahr

	nie	selten	oft	immer
kann es sich selbst beschäftigen	() nein	()	()	() ja
macht es Spiele zu Ende	() nein	()	()	() ja
kann es sich an Regeln halten	() nein	()	()	() ja
macht es Rollenspiele	() nein	()	()	() ja
Neigt Ihr Kind zu heftigen Wutanfällen	() nein	()	()	() ja
Hält es sich an Regeln /Absprachen	() nein	()	()	() ja
Kann Ihr Kind still sitzen	() nein	()	()	() ja
Wirkt ihr Kind zufrieden	() nein	()	()	() ja
Ist es sehr ängstlich	() nein	()	()	() ja
Ist es distanzlos	() nein	()	()	() ja

Und wie ist es jetzt ?

Wie schätzen Sie die Entwicklung Ihres Kindes ein?

körperliche Entwicklung altersgemäß verzögert
 geistige Entwicklung altersgemäß verzögert

Besucht oder besuchte Ihr Kind eine(n)

Kinderkrippe Kindergarten
 Kindertagesstätte Kinderhort (für Schulkinder)
 Sonderkindergarten für

Welche Schule besucht oder besuchte Ihr Kind

Grundschule Diagnose- und Förderklasse
 Hauptschule weiterführende Schule
 Sonderschule für

Klasse Jahr der Einschulung

Wurde eine Klasse wiederholt nein ja welche?

Welche Hobbys hat ihr Kind?

Wieviele Stunden/Tag verbringt Ihr Kind vor Fernsehen/PC/Video/etc?

Hat Ihr Kind einen eigenen Fernseher/PC? nein ja
 Wenn ja, seit wann

Muss der visuelle Medienkonsum kontrolliert werden? nein ja

Hat Ihr Kind Freundinnen/Freunde und verabredet sich?

Wird/wurde Ihr Kind von anderen gemobbt? nein ja

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Kind, was gefällt Ihnen an Ihrem Kind?

Fühlen Sie sich von Ihrem Kind überfordert ? nein ja

Wer unterstützt Sie in der Betreuung Ihres Kindes ?

Sind Sie und Mann/Partner sich einig in der Erziehung? nein ja

Weshalb möchten Sie Ihr Kind vorstellen?

In welchem Bereich sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

Körperbeherrschung und Bewegung	Selbständigkeit
Geschicklichkeit Feinmotorik	Verhalten
Intelligenzentwicklung	Umgang und Spiel mit anderen Kindern
Sprachentwicklung	Erziehung
Hören	Schulleistungen
Sehen	Sonstiges
Wachstum und Körperwahrnehmung	
Ernährung	
Anfälle	

Können Sie die Probleme genauer beschreiben?

Welche Untersuchungen und Hilfen erwarten Sie?

Fragen zu früheren Untersuchungen bzw. Behandlungen:

Wo haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen vorgestellt?
Wer behandelte Ihr Kind früher oder behandelt es noch jetzt?

Name, Anschrift	wann	von/bis	wegen welcher Erkrankung	Erfolgreich(1-6) 1: sehr 6: überhaupt nicht
Krankengymnastik				
Ergotherapie				
Logopädie				
Psychotherapie				

In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt?

Anschrift der Klinik	wann	wegen welcher Erkrankung

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? () nein () ja
Welche und wie oft?

Bisher durchgeführte spezielle Untersuchungen (ambulant oder stationär)

Untersuchung	wann	wo	Ergebnis	Erfolgreich(1-6) 1: sehr 6: überhaupt nicht
Röntgen oder CT				
MRT				
Ultraschall				
Psycholog. Unters. Intelligenztest				
EEG				
Hörprüfung Sehprüfung				
andere				