

Name des Kindes:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Welche Probleme hat das Kind aus Ihrer Sicht? Welche Hilfestellung erwarten Sie?

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

Angaben zur Familie:

Das vorgestellte Kind ist leiblich Adoptivkind Pflegekind lebt im Heim

Das Sorgerecht liegt bei beiden Elternteilen nur Mutter nur Vater

Die Vormundschaft liegt bei:

Leibliche Mutter: Jahrgang: Herkunft: in Deutschland seit

Schulabschluss: erlernter Beruf:

jetzige Tätigkeit: ganztags Teilzeit Schichtarbeit

Erkrankungen:

Leiblicher Vater: Jahrgang: Herkunft: in Deutschland seit

Schulabschluss: erlernter Beruf:

jetzige Tätigkeit: ganztags Teilzeit Schichtarbeit

Erkrankungen:

Familienstand: verheiratet geschieden zusammen lebend getrennt lebend

Sind die Eltern miteinander verwandt? : Nein Ja

Geschwister des Kindes:

Name: Geburtsjahr: Erkrankungen:

Name: Geburtsjahr: Erkrankungen:

Name: Geburtsjahr: Erkrankungen:

Name: Geburtsjahr: Erkrankungen:

Name: Geburtsjahr: Erkrankungen:

Die **Schwangerschaft** verlief

- störungsfrei
- mit Komplikationen:

Haben Sie in der Schwangerschaft

- ... Medikamente eingenommen Nein Ja
- ... Zigaretten geraucht Nein Ja
- ... Alkohol getrunken Nein Ja
- ... Drogen konsumiert Nein Ja

Die **Geburt** verlief

- störungsfrei
- mit Komplikationen:

Maße bei Geburt Länge: Gewicht: Kopfumfang:

Die **Frühkindliche Entwicklung** war ...

- normal
- verzögert in den Bereichen: Sprache Laufen Verhalten Sauberkeitsentwicklung
-

Welche schweren **Erkrankungen** bestanden bisher?

- Infektionserkrankungen
- Lungenerkrankungen
- Hauterkrankungen
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Beeinträchtigung des Hörens
- Beeinträchtigung des Sehens.....
- Epilepsie / Krampfanfälle (wann zuletzt):
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Harnwegserkrankungen
- Gelenkerkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen.....
- Chronische Kopfschmerzen. Chronische Bauchschmerzen
-

Gibt es **Allergien / Unverträglichkeiten** ?

- Nein
 Ja

Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein?

- Nein
 Ja

Bisherige **Krankenhausaufenthalte / Operationen** ?

- Jahr Krankenhaus: wegen
- Jahr Krankenhaus: wegen
- Jahr Krankenhaus: wegen
- Jahr Krankenhaus: wegen

Frühere oder zurzeit durchgeführte **Förderung / Therapien / Kuraufenthalte**:

- Krankengymnastik von bis Praxis:
- Ergotherapie von bis Praxis:
- Logopädie von bis Praxis:
- Psychotherapie von bis Therapeut:
- Frühförderung von bis Einrichtung:
- Psychomotorik von bis Einrichtung:
- Lerntherapie von bis Institut:
- Kur / Reha von bis Klinik:
-

Hat das Kind Hilfsmittel (Brille, Hörgeräte, Einlagen, Orthesen, Rehakarre, Rollstuhl)?

- Nein Ja

Bei welchen **Ärzten / Einrichtungen** wurde Ihr Kind bisher untersucht?

- Augenarzt Wann zuletzt?.....
- HNO-Arzt / Pädaudiologe Wann zuletzt?.....
- Orthopäde Wann zuletzt?.....
- Kinderkardiologe Wann zuletzt?.....
- Kinder- und Jugendpsychiater Wann zuletzt?.....
- Psychologe Wann zuletzt?.....
- Erziehungsberatung Wann zuletzt?.....
- Sozialpädiatrisches Zentrum / Neuropädiatrie Wann zuletzt?.....
-

Hat Ihr Kind einen **Behindertenausweis**: Nein Ja,GdB, Merkzeichen

Erhalten Sie für Ihr Kind **Pflegegeld**: Nein Ja, Pflegegrad

Wurden schon **Testuntersuchungen** durchgeführt (z. B. Schulpsychologe, Gesundheitsamt, Kinderarzt, SPZ, Erziehungsberatungsstelle, Kinder-und Jugendpsychiater, ...)?

Nein Ja, bei

Krippe: (aktueller oder früherer Besuch)

Regeleinrichtung Integrationskrippenplatz Kein Krippenbesuch

Name der Krippe:

Kindergarten: (aktueller oder früherer Besuch)

Regelkindergarten Sprachheilkindergarten Heilpädagogischer Kindergarten

Integrative Gruppe Kein Kindergartenbesuch

Name des Kindergartens:

Schule:

Die Einschulung erfolgte regulär nach Zurückstellung nach Schulkindergarten

mit sonderpädagogischem Förderbedarf

Ihr Kind besucht zurzeit die Klasse.

Ihr Kind wiederholte die Klasse.

Es bekam /bekommt Förderunterricht Nein Ja, im Fach

Es bekam / bekommt außerschulische Nachhilfe Nein Ja, im Fach

Name der Schule:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

Mutter Vater andere Person