

# Patientenfragebogen - Kind

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum u. -ort \_\_\_\_\_

## I. Schwangerschaft

Es handelt sich um die \_\_\_\_ Schwangerschaft

Gab es vorher Fehlgeburten?  ja, wann? \_\_\_\_\_

nein

Vorherige Schwangerschaftsabbrüche?  nein  ja, warum? \_\_\_\_\_

Einstellung zur Schwangerschaft:  geplant  erwünscht

Wunsch-Geschlecht des Kindes:  m  w  egal

Besonderheiten: Künstliche Befruchtung?  ja  nein

anderes \_\_\_\_\_

## Schwangerschaftsverlauf

Gab es Komplikationen?  ja  nein

Erbrechen, SSmonat: \_\_\_\_\_

Blutungen, SSmonat: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte, wann? \_\_\_\_\_ Gründe: \_\_\_\_\_

Erkrankungen, welche? \_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme, wann? \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

frühzeitige Wehentätigkeit

Rauchen, wieviele Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_

Alkoholgenuss, Art und Menge: \_\_\_\_\_

Drogen, Art und Menge: \_\_\_\_\_

Seelische Belastungen durch \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familiäre Belastungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Geburt

### Zeitpunkt der Geburt

- Errechneter Termin
- Frühzeitig in SSwoche \_\_\_\_\_
- Übertragung um \_\_\_\_\_ Tage

### Ort der Geburt

- Klinik       ambulant       stationär für \_\_\_\_\_ Tage
- Geburtshaus
- Hausgeburt       geplant       spontan

Dauer der Geburt: \_\_\_\_\_ Stunden

### Komplikationen während der Geburt

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit der elterlichen Blutgruppen | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt           |
| <input type="checkbox"/> Periduralanästhesie                           | <input type="checkbox"/> Steißlage               |
| <input type="checkbox"/> Zwillingsgeburt                               | <input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung |
| <input type="checkbox"/> Saugglocke                                    | <input type="checkbox"/> Absacken der Herztöne   |
| <input type="checkbox"/> Zangengeburt                                  | <input type="checkbox"/> Sauerstoffmangel        |
| <input type="checkbox"/> andere: _____                                 |  |

### Komplikationen nach der Geburt

a) beim Kind:

- Sauerstoffbeatmung
- Aufenthalt in der Klinik, Dauer: \_\_\_\_\_
- Operationen: \_\_\_\_\_
- Brutkasten, Dauer: \_\_\_\_\_
- andere: \_\_\_\_\_

b) bei der Mutter:

- Aufenthalt in der Klinik, Dauer: \_\_\_\_\_
- Operationen: \_\_\_\_\_
- andere: \_\_\_\_\_

### 3. Angaben zum Säugling

Größe bei der Geburt: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht bei der Geburt: \_\_\_\_\_ g

AGPA-Werte: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Wurde das Kind gestillt?

ja, \_\_\_\_ Wochen

nein, Gründe: \_\_\_\_\_

War das Kind ein Schreikind?  ja  nein

Wie lange hat es bei den Eltern im Zimmer geschlafen? \_\_\_\_\_ Wochen

Ab welchem Monat schlief das Kind nachts durch? \_\_\_\_\_

Gab es besondere Probleme in der Versorgung des Säuglings? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt in den ersten Lebensmonaten?

nein

ja, Dauer: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

mit Elternperson?  ja  nein

Neugeborenenerschreikrämpfe?  ja  nein

Fieberkrämpfe?  ja  nein

Andere schwere Erkrankungen?

nein

ja, welche? \_\_\_\_\_

Unfälle?

nein

ja, Beschreibung des Unfalls und der Folgen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4. Frühkindliche Entwicklung

### Motorische Entwicklung

selbständiges Sitzen mit \_\_\_\_ Monaten

selbständiges Stehen mit \_\_\_\_ Monaten

selbständiges Laufen mit \_\_\_\_ Monaten

### Sprachentwicklung

erste Worte mit \_\_\_\_ Monaten

erste Sätze mit \_\_\_\_ Monaten

Sprachstörungen?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Sprachauffälligkeiten?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

### Körperliche Entwicklung

erste Zähne mit \_\_\_\_ Monaten

Zahnwechsel im \_\_\_\_ Lebensjahr

### Sauberkeitserziehung

Wie und ab wann haben Sie versucht, Ihr Kind sauber und trocken zu bekommen? \_\_\_\_\_

tagsüber: trocken mit \_\_\_\_ Monaten

sauber mit \_\_\_\_ Monaten

nachts: trocken mit \_\_\_\_ Monaten

sauber mit \_\_\_\_ Monaten

### Temperament des Kleinkindes

ausgeglichen

fröhlich

Schreikind

wenig geschlafen

abweisend

unruhig

passiv

langsam

neugierig

aktiv

steif

trotzig

eifersüchtig

Mamakind

ängstlich

gehemmt

Papakind

ergänzende eigene Angaben \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Kindergartenbesuch

Das Kind besuchte den Kindergarten vom \_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_ Lebensjahr

Hat das Kind den Kindergarten gerne besucht?  ja  nein

Gab es Eingewöhnungsschwierigkeiten?  ja  nein

Hatte das Kind Freundschaften im Kindergarten?  ja  nein

Rückmeldungen der ErzieherInnen:

---



---



---



---



---

## 6. Erkrankungen

### Kinderkrankheiten

Masern  Diphtherie  Scharlach  Windpocken

Mumps  Röteln  Keuchhusten

weitere Komplikationen: \_\_\_\_\_

### Schwere Erkrankungen / Unfälle

---



---



---

### Operationen / Krankenhausaufenthalte

---



---



---

### Unverträglichkeiten

Impfungen: \_\_\_\_\_  Medikamente: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_  Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

## 7. Schulbesuch

Einschulung mit \_\_\_\_\_ Jahren

Zurückstellung der Einschulung  ja  nein

Eingewöhnungsschwierigkeiten?  ja  nein

Jetzige Klasse \_\_\_\_\_ Schulzweig \_\_\_\_\_

Wurde eine Klasse wiederholt?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Schulleistungen:  sehr gut  gut  durchschnittlich  unterdurchschnittlich

Gute Fächer \_\_\_\_\_

Schwächen in \_\_\_\_\_

Schwierigkeiten mit Lehrern?  nein  ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Schwierigkeiten mit Mitschülern?  nein  ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Gab es schulische Maßnahmen (Tadel, Klassenkonferenzen, Beurlaubungen etc.)?

nein  ja, wann? \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

Gab es Schulwechsel?

nein  ja, wann? \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

Erledigt Ihr Kind seine Hausaufgaben selbständig?  ja  nein

Wie lange braucht es für die Hausaufgaben? ca. \_\_\_\_\_ Stunden

Wieviel Unterstützung benötigt Ihr Kind dabei?

ab und zu  regelmäßig

nur bei Klassenarbeiten  gar keine

Wer unterstützt das Kind beim Lernen?

Mutter  Vater

beide Eltern  Verwandte (Tante, Onkel, Großeltern)

Geschwister  Nachhilfelehrer

Nachbar/Freund  \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8. Soziale Entwicklung des Kindes

Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit?

- Vereine, welche? \_\_\_\_\_
- Musikinstrument, welches? \_\_\_\_\_
- Chor
- Pfadfinder
- mit Freunden spielen / sich verabreden
- Fernsehen: \_\_\_\_\_ Std. am Tag unter der Woche \_\_\_\_\_ Std. am Tag am Wochenende
- PC spielen: \_\_\_\_\_ Std. am Tag unter der Woche \_\_\_\_\_ Std. am Tag am Wochenende
- PC chatten: \_\_\_\_\_ Std. am Tag unter der Woche \_\_\_\_\_ Std. am Tag am Wochenende
- Spielekonsolen: \_\_\_\_\_ Std. am Tag unter der Woche \_\_\_\_\_ Std. am Tag am Wochenende
- Telefonieren: \_\_\_\_\_ Std. am Tag unter der Woche \_\_\_\_\_ Std. am Tag am Wochenende

Welche Regeln gibt es für diese Tätigkeiten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Zugang zum Internet?  ja  nein

Ist es Mitglied in Netzwerken wie Schüler-VZ oder Facebook?  ja  nein

Wenn ja, kontrollieren Sie diese Aktivitäten?  ja  nein

Hält sich Ihr Kind an getroffene Absprachen?  ja  nein

Welche Konsequenzen ziehen Sie, wenn die Regeln nicht eingehalten werden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind gute soziale Kontakte / Freundschaften?  ja  nein

Fällt es Ihrem Kind schwer, Freundschaften aufzubauen?  ja  nein

Wie oft verabredet sich Ihr Kind mit Freunden? \_\_\_\_\_ mal pro Woche

Ist Ihr Kind lieber mit älteren  oder mit jüngeren  Kindern zusammen?

Übernachtet es gelegentlich bei Freunden?  ja  nein

Wurde Ihr Kind schon gemobbt?  ja  nein

Wenn ja, wann und durch wen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 9. Familie

Was unternimmt die Familie zusammen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie viel Zeit habe Sie als Eltern für gemeinsame Unternehmungen? \_\_\_\_\_

Wie ist das Verhältnis zu den Geschwistern?

gut

mittelmäßig

viel Rivalität und Streit

Mit welchen Geschwistern hat das Kind am meisten Kontakt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mit welchen Geschwistern hat das Kind Probleme/Konflikte? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie häufig hat das Kind Kontakt zu den Großeltern?

a) Großeltern mütterlicherseits

häufig

selten

gar nicht, warum nicht? \_\_\_\_\_

Übernachtet das Kind gelegentlich bei den Großeltern?  ja  nein

b) Großeltern väterlicherseits

häufig

selten

gar nicht, warum nicht? \_\_\_\_\_

Übernachtet das Kind gelegentlich bei den Großeltern?  ja  nein

Der Fragebogen wurde ausgefüllt

von der Mutter  vom Vater  von beiden Elternteilen

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_