

Sozialpädiatrisches Zentrum Coburg

Bahnhofstr. 21 - 23

96450 Coburg

Tel. 09561-82680

Fax 09561-826882

www.spz-coburg.de

E-Mail: info@spz-coburg.de

Fragebogen

Name des Kindes

Geb. am:

Leibliches Kind

Pflegekind

Adoptivkind

I Grund der Vorstellung im SPZ

--

II Entwicklung und Verhalten Ihres Kindes

	Stärken	Schwächen
Motorik		
Sprache		
Verhalten		
Kontakt		
Lernen		
Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer		
Sonstiges		

Wer hat Sie auf die Entwicklungsauffälligkeit aufmerksam gemacht?

III Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes:

Bestanden Beschwerden oder Komplikationen in der Schwangerschaft? Wenn ja, welche? öBlutungen öVorzeitige Wehen öKrankheiten öPsychische Probleme öMedikamente öNikotin öAlkohol öDrogen	ö ja	önein
War die Geburt termingerecht, wenn nein, wie viel Wochen vor dem Termin?.....Wochen, oder nach dem Termin?.....Wochen	ö ja	önein
In welcher Schwangerschaftswoche war die GeburtWoche	
Gab es Komplikationen bei Geburt? Welche?	ö ja	önein
Geburtsgewicht: Größe Kopfumfang Apgar pH-Wert		
Hat es sofort geschrien?	ö ja	önein
Bestanden Probleme direkt nach der Geburt (Sauerstoffgabe, Klinikaufenthalt)?	ö ja	önein
Wurde es beatmet? Wie lange?	ö ja	önein
Andere Komplikationen? Wenn ja, welche?	ö ja	önein
War Ihr Kind nach der Geburt von Ihnen getrennt? Wie lange?	ö ja	önein
Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?	ö ja	önein
Wann war der Beginn des Lächelns?		
Wann war der Beginn des Sitzens?		
Wann war der Beginn des freien Laufens?		
Wann war der Beginn der Sprache?		
Hat Ihr Kind besonders bis zum Alter von einem halben Jahr viel geschrien?	ö ja	önein
Hat es getrotzt?	ö ja	önein
Mit wie viel Jahren war Ihr Kind tagsüber sauber und trocken?	Mit	Jahren
Wann nachts?	Mit	Jahren
Gab es Probleme beim Füttern/Nahrungsaufnahme? Wenn ja, welche?	ö ja	önein
Gab es/Gibt es Schlafprobleme (Ein-/Durchschlafprobleme)? Wenn ja, welche?	ö ja	önein
Hat es gefremdelt?	ö ja	önein
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche? Weswegen?	ö ja	önein

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?									
Hat Ihr Kind schwere körperliche Erkrankungen oder Operationen durchgemacht? Wenn ja, welche?	ö ja önein								
Bestanden Krankenhausaufenthalte? Wenn ja, weswegen?	ö ja önein								
Von wem (außer von den Eltern) wird das Kind noch betreut?									
Waren Sie mit Ihrem Kind bereits bei anderen Einrichtungen/ Praxen/Frühförderstellen/Beratungsstellen/Homöopathen/ Heilpraktikern? Wenn ja,	ö ja önein								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Wo? (Einrichtung...)</td> <td style="width: 50%;">Wann? (Zeitraum der Behandlung)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Wo? (Einrichtung...)	Wann? (Zeitraum der Behandlung)							
Wo? (Einrichtung...)	Wann? (Zeitraum der Behandlung)								
Finden zur Zeit Behandlungen/Therapien/ Beratungen statt? Welche?	ö ja önein								
Bei wem?									
Besucht Ihr Kind ö die Kinderkrippe ö den Kindergarten/die Schulvorbereitende Einrichtung(SVE)/den integrativen Kindergarten ö die Schule (Welche.....) ö die Tagesstätte/den Hort/die heilpädagogische Tagesstätte? Name der Erzieherin/Lehrkraft:	Andere Einrichtungen:								
Gab es oder gibt es Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten oder in der Schule? Wenn ja, welche?	ö ja önein								

IV Fragen zur Familie

Name der Mutter:	Name des Vaters:
Tätigkeit:	Tätigkeit:
Wie oft ist der Vater zu Hause?	ö täglich ö wöchentlich ö wechselnd/Schichtdienst ö lange Abwesenheit
Leben die Eltern zusammen?	ö ja önein
Bei Trennung der leiblichen Eltern: Bei wem lebt das Kind? ö Mutterö Vater ö Großelternö andere	Besuchsregelung:

Familiensituation:

ö Psychische Belastungen:

ö Körperliche Belastungen:

ö Trennungen:

ö Todesfälle:

ö Verluste in der Familie,
Veränderungen in der Familie:

ö Sonstiges:

War oder ist ein näheres Familienmitglied durch chronische Erkrankung oder Behinderung belastet? Wenn ja, wer? wodurch?	ö ja ö nein
--	----------------

Hat das vorgestellte Kind Geschwister?		ö ja ö nein
Name	Geb.	Besonderheiten (Erkrankung, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsbeeinträchtigung, Behinderung...)

Gab es Fehl- oder Totgeburten?	ö ja ö nein
Leben alle Kinder mit der Familie zusammen?	ö ja ö nein
Sind darunter Pflege- oder Adoptivkinder?	ö ja ö nein
Wie häufig sind Sie seit der Geburt des Kindes umgezogen?mal
Wie beurteilen Sie Ihre Wohnsituation?	ö gut ö durchschnittlich ö mäßig ö schlecht

Falls Ihnen zum Verständnis der Entwicklung oder des Verhaltens Ihres Kindes noch etwas wichtig erscheint, schildern Sie es bitte!

....., den.....ausgefüllt von: