

Elternfragebogen

Kind			
Name:		Geburtstag:	
Vorname:		Geburtsort:	
Straße/Haus-Nr.:		Staatsangehörigkeit:	
PLZ / Ort:		Aufenthaltsstatus:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		

Mutter			
Name:		Geburtstag:	
Vorname:		Geburtsort:	
Straße/Haus-Nr.:		Staatsangehörigkeit:	
PLZ / Ort:		Aufenthaltsstatus:	
Telefon:		Familienstand:	
Handy:		Beruf:	
E-Mail:		Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vater			
Name:		Geburtstag:	
Vorname:		Geburtsort:	
Straße/Haus-Nr.:		Staatsangehörigkeit:	
PLZ / Ort:		Aufenthaltsstatus:	
Telefon:		Familienstand:	
Handy:		Beruf:	
E-Mail:		Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Geschwister / Halbgeschwister	Geburtsdatum	Kindergarten, Schulbesuch u. ä., erhaltene Fördermaßnahmen, Sonstiges

Wir bitten Sie zunächst um einige Angaben zum Schwangerschaftsverlauf, zur Geburt und zur bisherigen Entwicklung Ihres Kindes.

Gab es während der Schwangerschaft Besonderheiten oder Erkrankungen?

--

Wie ist die Geburt Ihres Kindes verlaufen?

Schwangerschaftswoche		Geburtsmodus (z. B. spontan, Kaiserschnitt usw.)		
Geburtsgewicht	Größe	Kopfumfang	APGAR-Werte	ph-Wert
Gab es nach der Geburt Besonderheiten? (z. B. Verlegung in eine Kinderklinik, Geburtsverletzungen usw.)				
Wenn ja, welche:				

Wie hat sich Ihr Kind in den ersten Wochen nach der Geburt entwickelt?

Wie war das Trinkverhalten?	Wurde Ihr Kind gestillt?
	Wenn ja, wie lange:
Wie war das Schlafverhalten?	Hat Ihr Kind auffällig viel geschrien?
	Wenn ja, bis zu welchem Alter:

Wann erreichte Ihr Kind bestimmte Meilensteine der Entwicklung?

(Angaben in Monaten)

Freies Sitzen	Krabbeln	Freies Laufen	Sprechen erster gezielter Worte

Wie hat sich die Sprache Ihres Kindes im Alter von zwei Jahren entwickelt?

Konnte es ungefähr 50 Worte sprechen?	Bildete es Zwei-Wort-Sätze? (z. B. Auto da)

Wir bitten Sie jetzt Angaben zu möglichen Erkrankungen, Arztkontakten und therapeutischen Maßnahmen Ihres Kindes zu machen.

Welche besonderen Erkrankungen hat Ihr Kind durchgemacht oder besteht eine chronische Erkrankung, eine Allergie oder eine Nahrungsmittelunverträglichkeit?

--

Welche Medikamente nimmt oder nahm Ihr Kind ein?

Name des Medikamentes	Dosierung

Durch welche Ärzte wird oder wurde Ihr Kind betreut?

Fachrichtung	Name	Anschrift
Kinderarzt		
Augenarzt		
HNO-Arzt		
Orthopäde		

Wurde Ihr Kind schon einmal in einem Krankenhaus behandelt, operiert oder in einem Kinderzentrum (Sozialpädiatrisches Zentrum) vorgestellt?

Wo?	Wann?	Warum?

Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel? (z. B. Brille, Hörgerät, Orthesen, usw.)

--

Bekommt oder bekam Ihr Kind bestimmte Therapien oder besondere Förderung?

(z. B. Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie, Psychotherapie, Frühförderung, Integration oder Ähnliches)

Art der Therapie	Bei wem?	Angabe des Zeitraums

Bitte fügen Sie Arztberichte, Krankenhausberichte und Therapieberichte bei.

Schwerbehinderung

Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde gestellt :

- ja nein ist geplant

Falls ein Schwerbehindertenausweis vorliegt:

Grad der Behinderung: _____ Merkzeichen: _____

Kopie des Ausweises bitte beifügen!

Pflegegrad

Ein Antrag auf Einstufung nach SGB XI (Pflegeversicherung) wurde gestellt.

- ja nein ist geplant

Wenn ja:

Pflegegrad: _____ Beginn: _____

Zuständige Pflegekasse (Name und Anschrift)

--

Bitte fügen Sie das medizinische Gutachten der Krankenversicherung (MDK) bei.

Wird oder wurde Ihre Familie durch weitere Hilfen unterstützt?

(z. B. Familienhebamme, sozialpädagogische Familienhilfe, Jugendamt, usw.)

Art der Unterstützung	Zeitraum

Welche Betreuungseinrichtungen besuchte Ihr Kind in der Vergangenheit?

(z. B. Tagesmutter, Krippe, Kindergarten, usw..)

Name	Zeitraum

Welche Betreuungseinrichtung besucht Ihr Kind zurzeit?

(z. B. Tagesmutter, Krippe, Kindergarten, Hort, usw..)

Name	Zeitraum

Von wem wurde Ihnen die Antragsstellung empfohlen und aus welchem Grund?

Wie schätzen Sie die Entwicklung Ihres Kindes ein?

Machen Sie sich in irgendeinem Bereich der Entwicklung Sorgen um Ihr Kind?

Welche Stärken sehen Sie bei Ihrem Kind? Was macht Ihnen Freude?

Ort, Datum

Unterschrift