



Dr. med. E. Weiser
Kinder- und Jugendarzt
Königsbacher Str. 51
75196 Remchingen
Tel. 07232/311855
www.kinderarzt-remchingen.de

Fragebogen zur Vorgeschichte Ihres Kindes

Auch wenn Ihr Kind schon immer in unserer Praxis betreut wird, bitte den Fragebogen komplett ausfüllen, oft finden sich doch Informationen, die nicht bei uns eingingen!

Kind

Name	Straße
Vorname	Wohnort
Geburtsdatum	Tel.
Staatsangehörigkeit	Krankenversicherung

Eltern

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße		
Wohnort		
Tel.		
Beruf		

Sorgeberechtigt ist/sind Vater Mutter beide Eltern Sonstige:

Fragen zu den Krankheiten/Schwierigkeiten Ihres Kindes

Kreuzen Sie bitte an, in welchen Bereichen Sie/Andere Probleme Ihres Kindes vermuten:

<input type="checkbox"/> Schulleistungen	<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/> Hörvermögen
<input type="checkbox"/> Sprachentwicklung	<input type="checkbox"/> Körperbeherrschung	<input type="checkbox"/> Verhalten
<input type="checkbox"/> Sehvermögen	<input type="checkbox"/> Wachstum	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle
<input type="checkbox"/> seelische Probleme	<input type="checkbox"/> Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> 0 Sonstiges

Bitte beschreiben Sie die Sorgen, die Ihr Kind betreffen, mit eigenen Worten:

.....

.....

.....

Fragen zu bisher aufgesuchten Ärzten, Beratungsdiensten und Therapien:
 Wo haben Sie Ihr Kind wegen der o.g. Krankheiten/Schwierigkeiten bereits vorgestellt?

Name	wann?
Kinderarzt	
Augenarzt	
HNO-Arzt	
Orthopäde	
Kinderpsychiater	
Frühförderstelle	
Psychol. Beratungsstelle	
Heilpraktiker	
Allgemeinmediziner	
Osteopath	

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

(Befunde – soweit nicht durch uns erhoben - bitte auch beilegen!)

	Wo?	Ergebnis?	Wann?
Hörprüfung			
Sehprüfung			
MRT/Kernspin			
EEG			
Standartisierte Entwicklungstests			
Psychiatrische Tests			
Andere			

Welche Behandlungen wurden bei Ihrem Kind durchgeführt?

	Therapeut	Grund der Behandlung	wann?
Krankengymnastik.....			

Ergotherapie

Logopädie

Psychotherapie

Lerntherapie

Andere

Vorgeschichte

Besonderheiten in der Schwangerschaft

<input type="checkbox"/> Blutung	<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/> Schwangersch.erbrechen
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Medik.einnahme	<input type="checkbox"/> Alkohol
<input type="checkbox"/> Fruchtwasserunters.	<input type="checkbox"/> seelische Belastung	<input type="checkbox"/> Unfälle in Schwangersch
<input type="checkbox"/> Infektionen in Schwang.	<input type="checkbox"/> Ops in Schwangersch.	<input type="checkbox"/> Bestrahlungen
<input type="checkbox"/> Diabetes in Schwang.	<input type="checkbox"/> Rauchen in Schwang.	<input type="checkbox"/> Fehl-/Totgeburten
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		<input type="checkbox"/> keine Besonderheit

Zur Geburt

Wo wurde das Kind geboren?

<input type="checkbox"/> zu Hause	Krankenhaus:	
<input type="checkbox"/> zum errechneten Termin	Zu früh:	Zu spät:

Gab es Geburtskomplikationen?

Nein

Ja:

Bitte schauen Sie jetzt in das gelbe Vorsorgeheft

U1: Geburtsgewicht: Länge: Kopfumfang:

APGAR: Nabelschnur-pH:

Musste das Kind nach Gebrut beatmet werden? Ja Nein

Bestanden nach Geburt Auffälligkeiten? Ja: Nein

Wurde das Kind nach Geburt in eine Kinderklinik verlegt? Ja, warum: Nein
Neugeborenenzeit

Gab es in den ersten Wochen Störungen?

<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> Trinkschwäche
<input type="checkbox"/> starkes Erbrechen	<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Fragen zum Entwicklungsverlauf

<input type="checkbox"/> Fütterprobleme	<input type="checkbox"/> starkes Schreien	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Spuckkind
<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Kontakt abweisend	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Ungefähr in welchem Alter (Monat/Jahr) konnten Sie erstmals beobachten:

Lächeln:	Greifen:	Drehen:
Krabbeln:	Freies Sitzen:	Freies Laufen:
Dreiradfahren:	Erste Wörter:	2 Wortsätze:
Sauber, nachts:	Sauber, tags:	Selbst Anziehen:
Radfahren:		

Haben Sie bei Ihrem Kind einen Entwicklungsrückschritt bemerkt?

Nein Ja: bitte beschreiben:

Kindergarten/Vorschulalter

Gibt es Probleme zu malen? Ja etwas Nein
Fällt das Schneiden mit der Schere schwer? Ja etwas Nein
Besteht eine Ungeschicklichkeit? Ja etwas Nein
Ist Ihr Kind ungeschickt in der Motorik? Ja etwas Nein
Ist Ihr Kind unkonzentriert? Ja etwas Nein
Hält Ihr Kind Regeln ein? Ja meist Nein

Sauberkeit

Einnässen bis zum Lebensjahr
 Einkoten bis zum Lebensjahr

Frühere Erkrankungen

Hirnhautentzündungen Schädelverletzungen Unfälle

Hat Ihr Kind Sehstörungen? Ja: Nein

Hat Ihr Kind Hörstörungen? Ja: Nein

Weitere nicht erwähnte Krankheiten?

Fragen zur Entwicklung

Hauptbezugspersonen: Mutter Vater beide Eltern Sonstige:

Wenn Ihr Kind schon im Kindergarten war/ist: Name KIGA:

In welchem Alter kam Ihr Kind in den Kindergarten?

Probleme im Kindergarten? Nein Ja:

Wenn Ihr Kind schon in der Schule ist: Schulart:

- Von der Einschulung zurückgestellt? 0 Ja 0 Nein
- Wann wurde Ihr Kind eingeschult? aktuelle Klasse:

Verhaltensauffälligkeiten

0 Ängste	0 Stottern	0 Selbstverletzung
0 Zähneknirschen	0 Nägelbeißen	0 Daumenlutschen
0 Haare ausreißen	0 Stehlen	0 Einnässen
0 Lügen	0 Einkoten	0 TICs
0 Zündeln	0 auff. Sexualentwicklung	

Umgebung Ihres Kindes

Familienstand der Eltern: 0 geschieden 0 „Patchwork“ 0 verheiratet

Geschwister?

Krankheiten in der Familie?

Förderung

0 Sportvereine:	0 Musik. Früherziehung	0 Kreativwerkstatt
0 Ballett	0 Musikverein	0 Schwimmkurs
0 Sonstiges:		

0 regelmäßig Vorlesen	0 regelm. Schwimmbad	0 regelm. Spielplatz
0 regelm Singen	0 regelm Reimen	0 regelm Basteln
0 Sonstiges:		

0 Fernsehen: ... Std./Tag	0 PC: Std./Tag	0 Spielekonsole: ...Std/T.
0 I Pad/Sonstiges		