

# Sozial-Pädiatrisches Zentrum

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH

Bitte kleben Sie hier ein  
aktuelles Foto von Ihrem  
Kind ein.

## Fragebogen zur Vorgeschichte Ihres Kindes (von den Eltern auszufüllen)

### Angaben zu Ihrem Kind

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| Name                | Straße              |
| Vorname             | PLZ, Wohnort        |
| Geburtsdatum        | Tel.                |
| Staatsangehörigkeit | Krankenversicherung |

### Eltern

|                | Mutter | Vater |
|----------------|--------|-------|
| Name           |        |       |
| Vorname        |        |       |
| Geburtsdatum   |        |       |
| Straße *       |        |       |
| PLZ, Wohnort * |        |       |
| Tel. *         |        |       |

\* Soweit nicht mit den Angaben des Kindes übereinstimmend

**Sorgeberechtigt** ist/sind

- Vater                       Mutter  
 beide Eltern               Pflegeeltern  
 Sonstige:



Welche **Untersuchungen** wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

(Bitte ggf. Befund beilegen.)

|                      | Wo?   | Ergebnis? | wann? |
|----------------------|-------|-----------|-------|
| Hörprüfung           | _____ | _____     | _____ |
| Sehprüfung           | _____ | _____     | _____ |
| Kernspintomographie  | _____ | _____     | _____ |
| EEG                  | _____ | _____     | _____ |
| Entwicklungsstestung | _____ | _____     | _____ |
| Andere               | _____ | _____     | _____ |

Wurden oder werden bei Ihrem Kind **Behandlungen** durchgeführt?

|                  | Therapeut, Grund der Behandlung | wann? |
|------------------|---------------------------------|-------|
| Krankengymnastik | _____                           | _____ |
| Ergotherapie     | _____                           | _____ |
| Logopädie        | _____                           | _____ |
| Psychotherapie   | _____                           | _____ |
| Andere Therapien | _____                           | _____ |

### Zur Vorgeschichte Ihres Kindes

#### Besonderheiten während der Schwangerschaft

|  | Schwanger-<br>schaftsmonat |  | Schwanger-<br>schaftsmonat |
|--|----------------------------|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutung   | _____                      | <input type="checkbox"/> Unfälle   | _____                      |
| <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen                                  | _____                      | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten                               | _____                      |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen                         | _____                      | <input type="checkbox"/> Operationen   | _____                      |
| <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck                                | _____                      | <input type="checkbox"/> Bestrahlungen                                       | _____                      |
| <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme                              | _____                      | <input type="checkbox"/> Diabetes  | _____                      |
| <input type="checkbox"/> Alkohol   | _____                      | <input type="checkbox"/> Rauchen   | _____                      |
| <input type="checkbox"/> Fruchtwasseruntersuchung,<br>Chorionzottenbiopsie | _____                      | <input type="checkbox"/> Fehl- o. Totgeburt in früheren<br>Schwangerschaften | _____                      |
| <input type="checkbox"/> Seelische Belastung                               | _____                      |  |                            |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Besonderheiten:                          | _____                      |  |                            |
| <input type="checkbox"/> keine Besonderheiten während der Schwangerschaft  |                            |  |                            |

## Zur Geburt Ihres Kindes

Wo wurde das Kind geboren?

- zu Hause
- in folgendem Krankenhaus: \_\_\_\_\_
- Die **Geburt** erfolgte
- zum errechneten Termin
- zu früh, in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche
- zu spät, in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

War einer der **folgenden Eingriffe** notwendig?  nein  ja:

- Saugglocke  Geburtszange  Kaiserschnitt

Gab es **Geburtskomplikationen** ( z.B. Nabelschnurumschlingung, Herztonabfall, Beckenendlage, Querlage, Gesichtslage, auffällige Plazenta)?

---

---

Bestand eine **Mehrlingsschwangerschaft**?

- nein  ja; das Kind war der  Erstgeborene  Zweitgeborene

**Bitte schauen Sie jetzt in das gelbe Vorsorgeheft Ihres Kindes.**

**Bei der „U1“ finden Sie folgende Angaben:**

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ Gramm, Länge \_\_\_\_\_ cm, Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm.

APGAR (5 und 10 Min.) \_\_\_\_/\_\_\_\_ NA-pH \_\_\_\_\_  
(steht im Vorsorgeheft bei U1; z.B. 9/10)

Musste das Kind nach der Geburt **beatmet** werden?  nein  ja: \_\_\_\_\_ Tage

Bestanden irgendwelche **Auffälligkeiten** beim Kind?  nein  ja: \_\_\_\_\_

---

Wurde Ihr Kind nach Geburt in eine **Kinderklinik** verlegt?

- nein  ja; nach: \_\_\_\_\_

**Nun zur Neugeborenenzeit**

Hatte Ihr Kind in den **ersten Lebenswochen** eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?

- Krämpfe  Gelbsucht  Infektion  Trinkschwäche
- Erbrechen  Fieber  Blutgruppenunverträglichkeit
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- keine Probleme in den ersten Lebenswochen

## Zum Essverhalten

Wird/wurde Ihr Kind gestillt?  nein  ja: \_\_\_\_\_ (wie lange?)

Wird Ihr Kind mit einer speziellen Kost ernährt?

nein  ja (bitte die Kost beschreiben):

---

(z.B. vegetarisch, veganisch, sonstige spezielle Diät oder besondere Ernährung)

Fallen/fielen Ihnen beim Essen Besonderheiten auf (z.B. beim Saugen, Schlucken oder Kauen; vermehrter Speichelfluß, Ablehnung grober Kost)? Bitte beschreiben sie:

---

---

## Fragen zum Entwicklungsverlauf Ihres Kindes

Treten/traten im **Säuglingsalter** folgende Schwierigkeiten auf?

- |   |                  |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Fütterprobleme             | andere Probleme: |
| <input type="checkbox"/> anhaltendes Schreien       | _____            |
| <input type="checkbox"/> Schlafprobleme             | _____            |
| <input type="checkbox"/> Spei- oder Spuckkind       | _____            |
| <input type="checkbox"/> schwierig zu beruhigen     | _____            |
| <input type="checkbox"/> Körperkontakt abweisend    | _____            |
| <input type="checkbox"/> häufig unzufrieden wirkend | _____            |
| <input type="checkbox"/> Allergien                  | _____            |

Ungefähr in welchem **Alter** konnten Sie erstmals beobachten:

|  | Monat o. Jahr |                      | Monat o. Jahr |
|--|---------------|----------------------|---------------|
| Lächeln                                  | _____         | erste Wörter         | _____         |
| Greifen                                  | _____         | erste 2-Wort-Sätze   | _____         |
| Drehen                                   | _____         | Sauber, tags         | _____         |
| Krabbeln                                 | _____         | Sauber, nachts       | _____         |
| Freies Sitzen                            | _____         | erster Zahn          | _____         |
| Freies Laufen                            | _____         | Selbständig Anziehen | _____         |
| Dreiradfahren<br>(mit Treten und Lenken) | _____         | Fahrradfahren        | _____         |

Haben Sie bei Ihrem Kind einen **Entwicklungsstillstand** oder **Rückschritt** in der Entwicklung beobachtet?

Nein  Ja; bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

## Nun zum Kindergarten-/Vorschulalter

|  | ja                       | etwas                    | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, <b>gegenständlich zu malen</b> ?<br>(z.B. Haus, Männchen, Baum)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fällt es Ihrem Kind schwer, mit einer <b>Schere auszuschneiden</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drückt Ihr Kind Stifte zu fest / hält es Stifte nicht im Dreifingergriff?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht eine <b>Ungeschicklichkeit</b> der Arme, Hände und Finger?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benötigt Ihr Kind Hilfe beim <b>Schließen</b> von <b>Knöpfen</b> und <b>Reißverschlüssen</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wirkt die Bewegungssteuerung Ihres Kindes <b>unkoordiniert</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeigt Ihr Kind <b>Unsicherheiten</b> beim Begehen von Treppen und unebenem Gelände?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat(te) Ihr Kind <b>Schwierigkeiten</b> , Fahrrad fahren zu lernen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihr Kind in seiner <b>Körpermotorik</b> ungeschickt oder ängstlich?<br>(z.B. beim Rennen, Klettern, Abhüpfen, Schaukeln, Ballfangen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blättert Ihr Kind <b>Bilderbücher</b> u.ä. nur rasch und oberflächlich durch?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde/wird beim Spielen mit Bauklötzen, Basteln, Malen häufig <b>weggeschaut</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde/wird Ihr Kind beim Betrachten eines Bilderbuchs oft <b>unruhig</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hört Ihr Kind nur <b>unkonzentriert</b> , kurz oder unwillig bei Erklärungen, beim Erzählen, beim Vorlesen zu?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Versteht Ihr Kind <b>altersgemäße Anweisungen</b> , Bitten, Fragen oft nicht richtig oder hört es diese gar nicht?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich z. B. Namen, Lieder oder Reime zu merken?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hat Ihr Kind **Schlafprobleme**?  nein  ja:

- Einschlafprobleme  Häufiges nächtliches Erwachen
- Durchschlafprobleme  Schlafen nur im elterlichen Bett möglich

### Zur Sauberkeit:

- Einnässen bis zum \_\_\_\_\_ Lebensjahr
  - Trocken bis zum \_\_\_\_\_ Lebensjahr, dann erneutes Einnässen bis \_\_\_\_\_ Lebensjahr.
- Wie oft hat Ihr Kind **Stuhlgang** (z.B. täglich, 3x pro Woche)? \_\_\_\_\_

### Zur Pubertät:

Wenn Ihre Tochter in der **Pubertät** ist:

Erste Regel im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren Regelblutung alle \_\_\_\_\_ Wochen

Nimmt Ihre Tochter die Pille ein?  nein  ja

## Fragen zu früheren Erkrankungen

Hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?

Hirnhautentzündung       Schädelverletzung

Unfälle: \_\_\_\_\_

Ergänzende Angaben, Komplikationen:

\_\_\_\_\_

Sind bei Ihrem Kind **Krampfanfälle** aufgetreten?       nein       ja:

Wann trat der erste Anfall auf? \_\_\_\_\_

Wie oft traten im letzten Jahr Anfälle auf? \_\_\_\_\_

Wann trat der letzte Anfall auf? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie die Anfälle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine **chronische Erkrankung?** (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, rheumatische Erkrankungen...):

nein       ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine **Allergie**:  nein       ja, gegen \_\_\_\_\_

Erhält Ihr Kind **regelmäßig Medikamente**?

nein       ja:      Name des Medikaments      Menge/Dosierung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal **stationär in einer Klinik?**       nein       ja :

Name der Klinik      Wann?      Wie lange?      Warum?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie diesem Fragebogen Kopien der Entlassbriefe bei!

Hat Ihr Kind **Sehstörungen**?  nein       ja, welche: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind **Hörstörungen**?  nein       ja, welche: \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen**, die noch nicht erwähnt wurden? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eines der folgenden medizinischen **Hilfsmittel**?  nein  ja:

- Brille  Hörgerät  Rollator  Rollstuhl  
 Therapedreirad  Schienen  Spezialbett  Stehständer  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Fragen zur sozialen Entwicklung Ihres Kindes

**Hauptbezugsperson(en)** Ihres Kindes:  Mutter  Vater  beide Eltern

Weitere sehr **wichtige Bezugspersonen** (Großeltern, Verwandte, Freunde):  
\_\_\_\_\_

Wenn Ihr Kind schon im **Kindergarten** war/ist: Name: \_\_\_\_\_

Wann kam Ihr Kind in den Kindergarten? \_\_\_\_\_

Gab es Probleme in der Eingewöhnungszeit?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Gibt es derzeit Probleme im Kindergarten  keine  leichte  deutliche:  
\_\_\_\_\_

Bei welchen **weiteren Einrichtungen / Tagesmüttern** wurde Ihr Kind längere Zeit betreut?  
\_\_\_\_\_

Wenn Ihr Kind schon in der **Schule** ist: Schulart \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind von der **Einschulung** zurückgestellt?  nein  ja, bitte Gründe angeben:  
\_\_\_\_\_

Wann wurde Ihr Kind **eingeschult**? \_\_\_\_\_ (bitte Jahr angeben) Aktuelle Klasse: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine **Klasse wiederholt**?  nein  ja: \_\_\_\_\_ (welche Klasse?)

Lebte Ihr Kind zeitweilig in einem **Heim**?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind ein **Adoptivkind / Pflegekind**?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Lebt oder lebte das Kind in einer **Pflegefamilie**?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie für ihr Kind schon einmal **gesetzliche Hilfe** in Anspruch genommen:

- Jugendamt  Sozialamt  Versorgungsamt  
 Behindertenausweis  Pflegegeld  Sonstiges

Haben Sie bei Ihrem Kind eine der folgenden **Verhaltensauffälligkeiten** beobachtet?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ängste                                     | <input type="checkbox"/> Stottern                     | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen                             | <input type="checkbox"/> Nägelbeißen                  | <input type="checkbox"/> Daumenlutschen   |
| <input type="checkbox"/> Haare ausreißen                            | <input type="checkbox"/> Stehlen                      | <input type="checkbox"/> Einnässen        |
| <input type="checkbox"/> Lügen                                      | <input type="checkbox"/> Einkoten                     | <input type="checkbox"/> Tics             |
| <input type="checkbox"/> Zündeln                                    | <input type="checkbox"/> Auffällige Sexualentwicklung |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                           |   |   |
| <input type="checkbox"/> keine Verhaltensauffälligkeiten beobachtet |   |   |

Besondere **Interessen und Fähigkeiten** Ihres Kindes:

Welche Neigungen, Interessen und Fähigkeiten hat Ihr Kind und welche Spiele bevorzugt es?

---

---

Wogegen hat Ihr Kind eine **besondere Abneigung**? (Spiele, Tätigkeiten):

---

---

Fragen zur **Umgebung Ihres Kindes**:

|   | Mutter | Vater |
|---|--------|-------|
| Schulabschluss  | _____  | _____ |
| Erlerner Beruf  | _____  | _____ |
| Ausgeübter Beruf                                      | _____  | _____ |
| Staatsangehörigkeit                                   | _____  | _____ |
| Ggf. Asylstatus/Visum/<br>Aufenthaltsberechtigung bis | _____  | _____ |

Familienstand der Eltern:  verheiratet  unverheiratet  getrennt lebend  geschieden  
Sind die Eltern blutsverwandt?  ja  nein

Geschwister des Kindes: (Vorname, Geburtsdatum, Halbgeschwister?)

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Wieviele Personen leben im **Haushalt**? \_\_\_\_\_ Haustiere? \_\_\_\_\_

Sind **gleiche oder ähnliche Probleme**, wie Sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon einmal in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen?

nein       ja, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

Gibt es eine der folgenden **Krankheiten oder Störungen** in der weiteren oder näheren Familie?

Bei wem? (z.B. Opa mütterlicherseits, Cousin des Vaters)

- Geistiger Entwicklungsrückstand \_\_\_\_\_
- Fehlbildungen \_\_\_\_\_
- Sehstörungen \_\_\_\_\_
- Hörstörungen \_\_\_\_\_
- Spastische oder sonstige Lähmung \_\_\_\_\_
- Bewegungsstörung \_\_\_\_\_
- Epilepsie \_\_\_\_\_
- Gemütskrankungen \_\_\_\_\_
- Asthma, Ekzem, Allergie \_\_\_\_\_
- Schulprobleme \_\_\_\_\_
- Stoffwechselkrankheit \_\_\_\_\_
- Aufmerksamkeitsstörung (ADS) \_\_\_\_\_
- Lese- Rechtschreibschwäche (LRS) \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Mutter       Vater       Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir bedanken uns für Ihre Bemühungen! Bitte schicken Sie diesen Fragebogen mit den übrigen Unterlagen baldmöglichst zurück.