

Name des Kindes: ..... Geburtsdatum: .....

Sozialversicherungsnummer: ..... Hausarzt: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... Mail: .....

## ELTERNFRAGEBOGEN

Mutter: ..... Alter: .... Beruf: .....

Adresse: .....

Sozialversicherungsnummer: .....

Telefon: ..... Mail: .....

---

Vater: ..... Alter: .... Beruf: .....

Adresse: .....

Sozialversicherungsnummer: .....

Telefon: ..... Mail: .....

---

Ersatzeltern/ Bezugspersonen:..... Alter: .... Beruf: .....

.....Alter: .... Beruf: .....

Familienstand:       verheiratet       getrennt       Lebensgemeinschaft

Geschwister: .....

.....

.....

.....

Wer hat die **Obsorge** des Kindes? .....

**Vorstellungsgrund** (Bitte geben Sie möglichst detailliert an, warum Sie eine Untersuchung wünschen!):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Entwicklung:**

Schwangerschaft geplant:     ja                                     nein

Schwangerschaft erwünscht:  ja                                     nein

Verlauf der Schwangerschaft:  unauffällig                     auffällig Welche Schwierigkeiten?

Erbrechen  Blutungen  Gestose  Infektion  psychische Belastung  Sonstiges

.....  
.....

**Geburt:** Schwangerschaftswoche .....

unauffällig  auffällig Welche Schwierigkeiten?  Wehenstillstand  lange Dauer

Zangen oder Saugglockengeburt  Kaiserschnitt?  Notsectio  geplante Sectio

Geburtsgewicht: ..... g Größe: ..... cm Kopfumfang: ..... cm

APGAR: ..... / ..... / .....

**Komplikationen nach der Geburt:**

Kind: .....

Mutter: .....

**Ernährung:**

Haben Sie Ihr Kind gestillt?

Ja von ..... bis .....

Nein, wegen .....

**Schlafverhalten:**  unauffällig  auffällig

- Probleme  beim Einschlafen Alter .....
- beim Durchschlafen Alter .....
- Aufschreien im Schlaf Alter .....
- Angstträume Alter .....

Wo schläft Ihr Kind derzeit?

.....

- Motorische Entwicklung:** frei sitzen Alter .....
- krabbeln Alter .....
- frei gehen Alter .....

- Sprachentwicklung:** erste Worte Alter .....
- kurze Sätze Alter .....

Wird Ihr Kind mehrsprachig erzogen?  Nein  Ja Muttersprache .....

weitere Sprachen .....

**Sauberkeitsentwicklung:** Mit welchem Alter war Ihr Kind Tag und Nacht sauber? .....

Probleme  Nein  Ja Welche? .....

Mit welchem Alter? ..... Therapeutische Maßnahmen .....

**Kindergarten- und Schulkarriere:**

Krippe: Wie viele Stunden? ..... Alter: von ..... bis .....

Kindergarten:  ganztags  halbtags Alter: von ..... bis .....

ging gerne hin  ging nicht gerne hin

Probleme bei der Eingewöhnung  beteiligte sich nicht an Gruppenaktivitäten

wenig Kontakt zu anderen Kindern  konnte sich schwer in Gruppe einfügen  Regeln und

Grenzen einzuhalten war schwierig  Sonstiges .....

Besuchte Ihr Kind eine **Vorschule**?  Nein  Ja Warum? .....

**Volksschule:** von ..... bis ..... Welche? .....

.....  
.....

**Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit?** .....

Schultyp: .....

Klasse ..... Gab es Schulwechsel?  Nein  Ja Warum? .....

.....

Schulleistung:  überdurchschnittlich  durchschnittlich  unterdurchschnittlich

Musste Ihr Kind eine Klasse wiederholen? Welche? .....

Krankheiten/ Operationen/ Allergien

..... Alter .....

..... Alter .....

..... Alter .....

..... Alter .....

..... Alter .....

Datum ..... Unterschrift .....

.....

Im Bedarfsfalle:

- 1) Ich bin einverstanden, dass Dr. Wanner mit .....  
.....Kontakt aufnehmen darf.

Datum ..... Unterschrift .....

- 2) Ich wurde über die Medikation mit .....eingehend, d.h. über  
Wirkung und Nebenwirkungen unterrichtet und habe dzt. keine weiteren Fragen bzgl. der  
Medikation mehr.

Datum ..... Unterschrift .....

Ich wurde über die Medikation mit .....eingehend, d.h. über  
Wirkung und Nebenwirkungen unterrichtet und habe dzt. keine weiteren Fragen bzgl. der  
Medikation mehr.

Datum ..... Unterschrift .....

Ich wurde über die Medikation mit .....eingehend, d.h. über  
Wirkung und Nebenwirkungen unterrichtet und habe dzt. keine weiteren Fragen bzgl. der  
Medikation mehr.

Datum ..... Unterschrift .....

**VOM ARZT AUSZUFÜLLEN**