

# Fragebogen Erstvorstellung

Liebe Familien,

dieser Fragebogen soll helfen, Sie und Ihr Kind besser kennen zu lernen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank und herzliche Grüße,  
Dr. Kathrin Pfeil

**Name Ihres Kindes** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft** unauffällig

Komplikationen \_\_\_\_\_

**Geburt** unauffällig  Frühgeburt in \_\_\_ SSW

Komplikationen \_\_\_\_\_

**Säuglingszeit** unauffällig

Erkrankungen \_\_\_\_\_

„Schreikind“ bis \_\_\_ Lebensmonat

## Entwicklung

Krabbeln \_\_\_ Monat      Stehen \_\_\_ Monat      Laufen \_\_\_ Monat

erste Worte \_\_\_ Monat      tagsüber trocken \_\_\_ Lebensjahr

Kind erhält oder erhielt Ergotherapie / Logopädie / Physiotherapie / Heilpädagogik

**Kleinkindzeit (2-3 Jahre)** unauffällig  Auffälligkeiten seit \_\_\_ Lebensjahr

Grob-/Feinmotorik nicht altersentsprechend  Sprache nicht altersentsprechend

motorisch unruhig       Trotzverhalten ↑       Ängste ↑

Probleme in Gruppe       wenig Freunde

Entwicklungsstörungen \_\_\_\_\_

KiTa-Besuch unauffällig

Auffälligkeiten:

**Kindergartenzeit (3-5 Jahre)** unauffällig  Auffälligkeiten seit \_\_\_ Lebensjahr

motorisch unruhig       Aufmerksamkeitsprobleme       aggressiv

ablenkbar       wenig Freunde       Ängste ↑

Auffälligkeiten:

**Schulzeit** unauffällig  Auffälligkeiten seit \_\_\_ Lebensjahr  
 Schule \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_  
 Schulnoten in Hauptfächer sehr gut  gut  in Ordnung  schlecht   
 Lese-/Rechtschreib-/Rechenprobleme   
 Hausaufgaben \_\_\_\_\_ Stunden/Tag  
 geht gerne in Schule  Mobbing   
 Schulwechsel erfolgt / geplant  Versetzung gefährdet   
 Hobbies und Freizeitgestaltung \_\_\_\_\_  
 Medienkonsum \_\_\_\_\_ Stunden / Tag  
 Sport / körperliche Aktion \_\_\_\_\_ Stunden / Woche

**Aktuelles Verhalten**

unruhig  sprunghaft  leicht ablenkbar  fröhlich   
 ablenkbar  wenig Freunde  streitsüchtig  aggressiv   
 traurig  kann Gefühle gut regulieren  fantasievoll   
 kann sich an Regeln halten  kann sich nicht an Regeln halten   
 es gibt oft Streit  kann mit Kritik gut umgehen  hat wenig Antrieb

Vorerkrankungen / Operationen \_\_\_\_\_

Probleme beim Essen / Trinken   
 Probleme beim Stuhlgang / Pippi machen   
 Probleme beim Schlafen

**Familie**

<b>Vater</b>	<b>Mutter</b>
Name _____	Name _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
Schulabschluss _____	Schulabschluss _____
Beruf _____	Beruf _____
jetzige Tätigkeit/Umfang _____	jetzige Tätigkeit/Umfang _____
Erkrankungen _____	Erkrankungen _____

Eltern leben zusammen  getrennt/geschieden  nie zusammen gelebt   
 Ggf. neue(-r) Lebenspartner(-in) \_\_\_\_\_

**Geschwister** (Name, Geburtsdatum, Besonderheiten)  
 \_\_\_\_\_

Probleme unter den Geschwistern

**Belastungen in der Familie** keine

finanziell  viel Streit  Krankheit / Tod  Wohnsituation   
 Arbeitslosigkeit  Trennung der Eltern