



Darmstädter
Kinderkliniken
Prinzessin Margaret



Sozialpädiatrisches Zentrum
Dieburger Straße 31
64287 Darmstadt
Anmeldung: 06151-402 3202
Fax: 06151-402 3209
spz@kinderkliniken.de
www.kinderkliniken.de

Fragebogen zur Vorgeschichte und Entwicklung des Kindes

A. Personalien →→ bei einem **Pflegekind** ersatzweise Teil 2 (A.1) ausfüllen!

Familienname des Kindes, Vorname weiblich männlich

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Straße, Hausnummer _____

Elternteil 1: Mutter Vater

Vor-/Nachname _____ Geburtsdatum _____

Telefon _____ Mobil-Nr. _____ E-Mail _____

Anschrift (bitte nur ausfüllen, wenn sich die Anschrift von der Anschrift des Kindes unterscheidet):

Postleitzahl, Wohnort _____ Straße, Hausnummer _____

Elternteil 2: Mutter Vater

Vor-/Nachname _____ Geburtsdatum _____

Telefon _____ Mobil-Nr. _____ E-Mail _____

Anschrift (bitte nur ausfüllen, wenn sich die Anschrift von der Anschrift des Kindes unterscheidet):

Postleitzahl, Wohnort _____ Straße, Hausnummer _____

gesetzlich privat

Krankenkasse _____ Hauptversicherter _____

Versicherungsnummer _____

Anschrift _____

B. Vorstellungsgrund

Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen;
was sind Ihre aktuellen Sorgen?

In welchem Alter Ihres Kindes machten Sie sich
erstmals Sorgen und warum?

Wem sind die Schwierigkeiten/Besonderheiten
zuerst aufgefallen und wo sind sie zuerst
aufgetreten?

Wie stark belastet das Problem/Schwierigkeit
die Familie derzeit? (Zutreffendes bitte
ankreuzen)

	Mutter	Vater
Gar nicht		
Gering		
Mittelstark		
Sehr stark		

Welche Hilfen für Ihr Kind/Ihre Familie
erwarten Sie von uns; was soll sich bei Ihrem
Kind/Ihrer Familie verändern?

Wer hat Ihnen empfohlen, Ihr Kind im SPZ
vorzustellen?

Wurde Ihr Kind wegen dieser Probleme auch in einer
anderen Einrichtung angemeldet?

Nein Ja

Wenn ja, geben Sie bitte an wo:

Wurde Ihr Kind in der Vergangenheit in anderen
Einrichtungen untersucht und/oder behandelt?

Nein Ja

Wenn ja, geben Sie bitte die Einrichtung, den
Zeitpunkt und den Anlass der Untersuchung an:

Kinderarzt/Kinderärztin

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Klinik

Anderes Sozialpädiatrisches Zentrum

Erhält Ihr Kind zurzeit Therapie?

Nein Ja Wenn ja, welche:

Ergotherapie in der Praxis:

Logopädie in der Praxis:

Physiotherapie in der Praxis:

Psychotherapie in der Praxis:

Frühberatung/Frühförderstelle:

Erhalten Sie als Familie zurzeit Unterstützung?

Nein Ja Wenn ja, welche:

Erziehungsberatung

Jugendamt

Amt für Versorgung und Soziales

Agentur für Arbeit

Sonstiges

Wird Ihr Kind zurzeit medikamentös behandelt?

Nein Ja Wenn ja, mit welchen

Medikamenten:

Wurde Ihr Kind in der Vorgeschichte medikamentös behandelt?

Nein Ja Wenn ja, mit welchen

Medikamenten:

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

Nein Ja

Wenn ja, wann, wo, weshalb

Hat Ihr Kind zurzeit Hilfsmittel?

Nein Ja Hilfsmittelversorger/Sanitätshaus:

Wenn ja, welche Hilfsmittel:

Rollstuhl Orthesen

Hörgerät Sonstiges:

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?

Nein Ja,

Grad der Behinderung: _____ Merkzeichen: _____

Bekommen Sie für Ihr Kind Pflegegeld?

Nein Ja, Pflegegrad: _____

C. Entwicklungsverlauf

➤ Schwangerschaftsverlauf

War die Schwangerschaft geplant?

Nein Ja

Erfolgte eine Behandlung wegen Unfruchtbarkeit?

Nein Ja Wenn ja, welche Behandlung?

IVF ICSI Andere:

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

Nein Ja Wenn ja, welche?

Medizinische:

Andere (z.B. Stress, seelische Belastungen):

Hat die Mutter in der Schwangerschaft geraucht?

Nein Ja täglich _____ Zigaretten

Hat die Mutter während der Schwangerschaft alkoholische Getränke konsumiert?

- Nein Ja

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?

- Nein Ja Wenn ja, welche und warum?

➤ **Geburt**

Wann war die Geburt Ihres Kindes?

Schwangerschaftswoche _____ (siehe gelbes Heft)

Oder geben Sie alternativ an:

- _____ Tage _____ Wochen zu früh
 Rechtzeitig am errechneten Termin
 _____ Tage _____ Wochen zu spät

Wo kam Ihr Kind zur Welt?

- Im Krankenhaus Adresse:

- zu Hause Geburtshaus, Adresse:

Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt?

- Nein Ja Wenn ja, welche:
 Langdauernde Geburt
 Blasensprung oder Fruchtwasserabgang länger als 6 Stunden vor der Geburt
 Nabelschnurvorfal oder Nabelschnurumschlingung
 Schlechte Herztöne des Kindes
 Falsche Lage des Kindes (z.B. Beckenendlage, Querlage, Gesichtslage)
 Kaiserschnitt
 Geburtszange oder Saugglocke

Bestand eine Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaft?

- Nein Ja, das Kind war
 der erste Zwilling
 der zweite Zwilling

Geburtsgewicht _____ Gramm

Körperlänge _____ cm

Kopfumfang _____ cm

Apgarwerte _____ (siehe gelbes Heft)

Nabelschnur-pH _____ (siehe gelbes Heft)

Hat Ihr Kind nach der Geburt sofort geschrien?

- Nein Ja Weiß ich nicht

Wurde Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt?

- Nein Ja, in folgende Klinik:

Wie lange und aus welchem Grund lag Ihr Kind nach der Geburt in der Klinik?

➤ **Neugeborenen-/Säuglingsalter**

Ließ Ihr Kind einen Körperkontakt zu?

- Nein Ja

Ließ sich Ihr Kind durch Körperkontakt beruhigen?

- Nein Ja

Wurde Ihr Kind gestillt?

- Nein Ja Wenn ja, wie lange?

über _____ Wochen/Monate

Wann erhielt Ihr Kind erstmals Breie?

Ab _____ Monate

Wann gaben Sie zum ersten Mal feste Nahrung

Ab _____ Monate

Gab es Umstellungsprobleme?

- Nein Ja Wenn ja, welche?

Traten in den ersten Lebenswochen folgende Probleme/Störungen auf?

Wenn ja, wie belastend waren diese Probleme für Sie als Eltern?

Problem/Störung	ja	nein	Belastungsstärke			
			Gar nicht	Gering	Mittelstark	Sehr stark
Gelbsucht						
Trinkschwäche						
Lange Fütterungsdauer						
Würgen/Erbrechen						
Anhaltendes Schreien						
Koliken/Bauchkrämpfe						
Schlafstörungen						
Sonstiges:						

Entwicklungsbereiche

➤ Sehen

Wurde die **Sehfähigkeit** Ihres Kindes überprüft?

- Nein Ja Wenn ja, wann und von wem?
 Kinderarzt/Kinderärztin

- Augenarzt/Augenärztin

Trägt Ihr Kind eine Brille?

- Nein Ja
 Weitsichtigkeit Dioptrienzahl: _____
 Kurzsichtigkeit Dioptrienzahl: _____
 Stabsichtigkeit/Astigmatismus

Schielte ihr Kind?

- Nein Ja

Wenn ja, wird oder wurde bei Ihrem Kind eine Schielbehandlung durchgeführt?

- Ja Nein
 Sonstiges _____

➤ Hören

Wurde die **Hörfähigkeit** Ihres Kindes überprüft?

- Nein Ja Wenn ja, wann und von wem?
 Kinderarzt/Kinderärztin

- HNO-Arzt/HNO-Ärztin

Befund auffällig?

- Nein Ja Wenn ja, welcher Befund?

- Paukenergüsse
 Mittelohrentzündungen
 Hörminderung
 Auditive Wahrnehmungs- und
 Verarbeitungsstörung

- Sonstiges : _____

Wurde Ihr Kind HNO-ärztlich operiert?

- Nein Ja Wenn ja, welche OP?

➤ **Schlaf**

Wann geht Ihr Kind abends ins Bett?

_____ Uhr

Wann schläft Ihr Kind abends ein?

_____ Uhr

Wann steht es morgens auf?

_____ Uhr

Hat Ihr Kind Besonderheiten im Schlafverhalten?

Nein Ja

Wenn ja, welche?

Probleme beim Einschlafen?

Wacht es nachts auf?

Unruhiger Schlaf/Alpträume

Sonstiges: _____

Wo schläft Ihr Kind?

Im eigenen Zimmer

Im Elternzimmer im eigenen Bett

Bei den Eltern im Bett

Mit Geschwistern in einem Zimmer

Sonstiges: _____

Gibt es im Schlafzimmer des Kindes.

einen Fernseher?

ein Handy oder tablet während der Nacht?

➤ **Sauberkeit**

Trägt ihr Kind Windeln?

Nein Ja Wenn ja, dann

nur nachts

nur tagsüber

tags und nachts

War Ihr Kind schon einmal trocken/sauber?

Nein Ja

Wenn ja, in welchem Alter und wie lange?

Im Alter von _____ Jahren

bis zum Alter von _____ Jahren

Neigt Ihr Kind zur Verstopfung?

Nein Ja

Sonstiges: _____

➤ **Grobmotorische Entwicklung**

Hat Ihr Kind als Säugling die Bauchlage in der Wachphase toleriert?

Nein Ja

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

Nein Ja

Wenn ja, in welchem Alter?

Mit _____ Monaten/Jahren

Wenn nein, wie hat es sich fortbewegt?

durch Robben

durch Poporutschen

gar nicht

Wann konnte Ihr Kind frei laufen?

Mit _____ Monaten/Jahren

Zeigt Ihr Kind Besonderheiten beim Laufen (z.B. Zehenspitzenengang)?

Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Ist Ihr Kind bewegungsfreudig?

Nein Ja

Zeigt Ihr Kind eine motorische

Unruhe/Hyperaktivität?

Nein Ja

Vermeidet Ihr Kind Bewegungsaktivitäten (z.B. Schaukeln)?

Nein Ja Wenn ja, welche?

Zeigt Ihr Kind auffällige motorische Verhaltensweisen

Nein Ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese:

➤ Feinmotorische Entwicklung

Zeigt Ihr Kind eine Bevorzugung für eine Hand?

- Nein Ja Wenn ja, welche?

Seit dem Alter von _____ Monaten/Jahren

Hat Ihr Kind besondere Schwierigkeiten beim Malen und Basteln, z.B. Umgang mit Stift oder Schere?

- Nein Ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Zeigt Ihr Kind Schwierigkeiten beim Hantieren mit Alltagsgegenständen, z.B. Besteck, Spielmaterial?

- Nein Ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Kann Ihr Kind sich selbstständig anziehen

- Nein Ja

Wenn ja, seit wann?

Seit dem Alter von _____ Jahren

Zeigt Ihr Kind Besonderheiten bei Öffnen und Schließen von Knöpfen, Reißverschlüssen?

- Nein Ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Zeigt Ihr Kind Besonderheiten bei Berührungen, z.B. Körperkontakt, Kleidung, Essen, Materialien?

- Nein Ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Zeigt Ihr Kind Besonderheiten in der Schmerzempfindung?

- Nein Ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

➤ Sprachentwicklung

Zeigte Ihr Kind Auffälligkeiten beim

Lautieren/Brabbeln im ersten Lebensjahr?

- Nein Ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Hat sich Ihr Kind im ersten Lebensjahr durch Gesten wie Zeigen mit dem Zeigefinger oder Winken mit der Hand mit Ihnen verständigt?

- Nein Ja

Wann sprach Ihr Kind erste Worte?

Mit _____ Monaten/Jahren

Wann sprach Ihr Kind die ersten Sätze (z.B. „Mama komm“ oder „Mama essen“)?

Mit _____ Monaten/Jahren

Schätzen Sie bitte, wie viele Wörter Ihr Kind aktuell sprechen kann:

- weniger als 20 Worte
 20 bis 50 Worte
 50 bis 200 Worte
 Über 200 Worte

Wie schätzen Sie das Sprachverständnis Ihres Kindes ein?

Werden in Ihrer Familie noch andere Sprachen außer Deutsch gesprochen?

- Nein Ja Wenn ja, welche?

Wie gut kann Ihr Kind seine Muttersprache sprechen?

Wie gut kann Ihr Kind Deutsch sprechen?

Zeigte oder zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten in der Aussprache?

- Nein Ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Kann ein Fremder Ihr Kind verstehen?

- Ja Nein Wenn nein, warum?

Treffen eine oder mehrere dieser sprachlichen Besonderheiten auf Ihr Kind zu?

- Ihr Kind nimmt bei Ansprache durch Sie keinen Blickkontakt auf
 Ihr Kind schaut Ihnen beim Sprechen nur wenig oder gar nicht in die Augen
 Ihr Kind reagiert nicht, wenn man es mit seinem Namen ruft
 Ihr Kind benutzt eine Art Eigensprache
 Ihr Kind spricht nur in bestimmten Situationen, obwohl es sprechen kann

Gibt es noch sonstige Besonderheiten in der Sprache Ihres Kindes?

- Nein Ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

➤ Essen und Trinken

Kann Ihr Kind alleine essen?

- Nein Ja Wenn ja, isst Ihr Kind

mit den Händen

mit Besteck

Isst Ihr Kind feste Kost?

- Nein Ja

Gibt es Besonderheiten beim Essen?

- Nein Ja

Wenn ja, welche? Bitte ankreuzen:

- Es braucht beim Essen sehr lange
 Es hat Schwierigkeiten beim Saugen oder Kauen
 Es hat Schwierigkeiten beim Schlucken

- Es würgt oder erbricht
 Es ist wählerisch
 Es hat eine Abneigung gegen gewisse Nahrungsmittel

Welche?

- Es akzeptiert keine warmen Speisen
 Es akzeptiert keine kalten Speisen

D. Emotional-/Sozialverhalten

Wie ist die derzeitige Stimmungslage Ihres Kindes?

Bitte beschreiben Sie: _____

Zeigt Ihr Kind ängstliche Verhaltensweisen?

- Nein Ja

Wenn ja, in welchen Situationen:

zu Hause Kita/Hort/Schule

Bei Trennung von

Bezugspersonen

(Mutter, Vater, sonstige)

Gegenüber vertrauten

Personen

Gegenüber fremden

Personen

Gegenüber Tieren

Gegenüber Veränderungen

Sonstige Situationen:

Zeigt Ihr Kind aggressive Verhaltenweisen?

- Nein Ja

Wenn ja gegenüber

	zu Hause	Kita/Hort/Schule
Kindern/Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten im Sozialverhalten

- Nein Ja

Wenn ja gegenüber

	zu Hause	Kita/Hort/Schule
Kindern/Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welcher Art sind die sozialen Auffälligkeiten?

Distanzlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheu/zurückhaltend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleibt gerne allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redet ununterbrochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wutanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steht gern im Mittelpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Dinge weg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges _____

Spielverhalten/Interessen

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne?

Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind am Stück mit einer Spielaktivität?

- Ausdauernd
 Bleibt nur kurz bei einer Sache

Wie spielt Ihr Kind am liebsten?

- Alleine
 Mit anderen Kindern
 Mit Erwachsenen

Beschreiben Sie weitere Interessen Ihres Kindes, z.B. Sportarten, Hobbies, Mitgliedschaften in Vereinen:

Wie viele Freund:innen hat Ihr Kind?

- Keine/n 1 2-3 > 3

Wie oft in der Woche unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freund:innen?

- Nie 1-2 mal ≥ 3 mal

Digitale Medien

Wie lange verbringt Ihr Kind täglich vor dem TV?

Wie lange verbringt Ihr Kind täglich mit dem Handy, tablet oder PC?

Gibt es klare Regeln/Grenzen in Bezug auf die Nutzung von digitalen Medien?

- Nein Ja Wenn ja, welche?

Gibt es häufig Streit wegen der Nutzung digitaler Medien?

- Nein Ja Wenn ja, wie oft?

- täglich
 mehrfach pro Woche
 1x/Woche

E. Kindergarten / Hort / Schule

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten/Hort?

- Ja Nein

Wenn ja, bitte Name und Adresse:

Besuchszeiten

- Halbtags Ganztags

Erhält Ihr Kind im Kindergarten eine besondere Unterstützung, z.B. Integrationsmaßnahme?

Wenn ja, welche und in welchem Umfang (Stunden pro Woche)?

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten im Kindergarten z.B. in den Bereichen Kontakt, Sprache, Spielverhalten, Konzentration?

Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte

Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit?

Bitte geben Sie Namen und Adresse an.

In welche Klasse geht Ihr Kind?

Hat Ihr Kind eine Vorklasse besucht?

- Nein Ja

Hat Ihr Kind ein Schuljahr wiederholt?

- Nein Ja

Wenn ja, welches und warum?

In welchen Fächern ist Ihr Kind gut?

In welchen Fächern hat Ihr Kind Probleme/Lernschwierigkeiten?

Bitte beschreiben

Sind Sie mit den Schulleistungen Ihres Kindes zufrieden?

- Ja Nein

Wenn nein, bitte begründen:

Erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig?

- Ja Nein

Wenn nein, mit wem?

Beobachten Sie bei Ihrem Kind Auffälligkeiten in der Hausaufgabensituation?

- Nein Ja

Wenn ja, welche (z.B. hohe Ablenkbarkeit, motorische Unruhe, weigert sich, mit den Hausaufgaben zu beginnen)?

Wie lange dauern die Hausaufgaben?

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten im Lern- und Konzentrationsverhalten in der Schule?

- Nein Ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese:

Ist Ihr Kind in die Klasse integriert?

- Ja Nein

Wenn nein, warum nicht:

Gibt es oft Streit mit Mitschülern?

- Nein Ja

Wenn ja, warum:

Hat Ihr Kind oft Konflikte mit den Lehrern?

- Nein Ja

Wenn ja, welche

Bitte Schulbericht und letztes Zeugnis beifügen!

F. Familiensituation

Die Eltern sind

- Verheiratet
 Zusammen lebend
 Getrennt lebend seit _____
 Geschieden seit _____
 Alleinerziehend: Mutter Vater
 Sonstiges _____

Wer hat das Sorgerecht?

- Mutter Vater
 Institution _____

 Sonstige _____

Bei alleinigem Sorgerecht legen Sie bitte die Kopie des Sorgerechtsbescheids bei

Das Kind lebt bei

- Leiblichen Eltern seit _____
 Mutter seit _____
 Vater seit _____
 Pflegeeltern seit _____
 Adoptiveltern seit _____
 Großeltern seit _____
 Institution

Wer betreut das Kind sonst noch?

Welche zusätzlichen Hilfen erhalten Sie?

- Jugendamt
 Sozialamt
 Versorgungsamt
 Agentur für Arbeit
 Sonstige

Gibt es in Ihrer Familie derzeit ungewöhnliche Belastungsfaktoren (z.B. Arbeitslosigkeit, schwere Erkrankungen oder Tod eines Familienmitgliedes, finanzielle Belastungen)?

- Nein Ja Wenn ja, bitte beschreiben:

	Mutter	Vater
Schulabschluss		
Erlerner Beruf		
Jetzige Tätigkeit		
Staatsangehörigkeit		
Herkunftsland		
Religionszugehörigkeit		

Sind die Eltern miteinander verwandt? Nein Ja

Wenn ja, welcher Verwandtschaftsgrad? _____

Geschwister (bei einem Pflegekind siehe Seite 3!)

	Vorname	Geburtsdatum	KiTa/Schule/Beruf	Auffälligkeiten	Sonstige Anmerkungen
1. Geschwister					
2. Geschwister					
3. Geschwister					
4. Geschwister					
5. Geschwister					
6. Geschwister					

Sind Kinder verstorben?

Nein Ja - Wenn ja, wissen Sie warum?

Wenn ja, bitte Unterschiede beschreiben

Hatte die Mutter Fehl-/Totgeburten?

Nein Ja

Wie reagiert Ihr Kind auf Regeln, Grenzen, Verbote?
Bitte schildern Sie kurz das Verhalten Ihres Kindes in
solchen Situationen

Wer von den erziehenden Personen hat den größten
Einfluss auf Ihr Kind?

Mutter Vater Sonstige

Beschreiben Sie bitte kurz Ihr Erziehungsverhalten
gegenüber Ihrem Kind

Fragebogen ausgefüllt am: _____

Fragebogen ausgefüllt von:

Name, Vorname _____

Beziehung zum Kind _____

Unterscheiden sich Vater und Mutter hinsichtlich der
Erziehungsmaßnahmen/-methoden?

Nein Ja

Name, Vorname _____

Beziehung zum Kind _____