

Interdisziplinäre Frühförderung Coburg

Elsässer Str. 9

96450 Coburg

Tel. 09561-42 70 90

Fax 09561-42 70 999

www.ff-coburg.de

E-Mail: info@ff-coburg.de

Fragebogen

Name des Kindes

Geb. am:

Leibliches Kind

Pflegekind

Adoptivkind

I Grund der Vorstellung in der Frühförderung

--

II Entwicklung und Verhalten Ihres Kindes

	Stärken	Schwächen
Bewegung		
Sprache		
Verhalten/Spiel		
Kontakt Selbständigkeit		
Lernen		
Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer		
Sonstiges		

Wer hat Sie auf die Entwicklungsauffälligkeit aufmerksam gemacht?

III Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes:

Bestanden Beschwerden oder Komplikationen in der Schwangerschaft? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen <input type="checkbox"/> Krankheiten <input type="checkbox"/> Psychische Probleme <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
War die Geburt termingerecht, wenn nein, wie viel Wochen vor dem Termin?.....Wochen, oder nach dem Termin?.....Wochen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In welcher Schwangerschaftswoche war die GeburtWoche
Gab es Komplikationen bei Geburt? Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsgewicht: Größe Kopfumfang Apgar pH-Wert	
Hat es sofort geschrien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestanden Probleme direkt nach der Geburt (Sauerstoffgabe, Klinikaufenthalt)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde es beatmet? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere Komplikationen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
War Ihr Kind nach der Geburt von Ihnen getrennt? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann war der Beginn des Lächelns?	
Wann war der Beginn des Sitzens?	
Wann war der Beginn des freien Laufens?	
Wann war der Beginn der Sprache?	
Hat Ihr Kind besonders bis zum Alter von einem halben Jahr viel geschrien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat es getotzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mit wie viel Jahren war Ihr Kind tagsüber sauber und trocken?	Mit Jahren
Wann nachts?	Mit Jahren
Gab es Probleme beim Füttern/Nahrungsaufnahme? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gab es/Gibt es Schlafprobleme (Ein-/Durchschlafprobleme)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat es gefremdelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche? Weswegen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?									
Hat Ihr Kind schwere körperliche Erkrankungen oder Operationen durchgemacht? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
Bestanden Krankenhausaufenthalte? Wenn ja, weswegen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
Von wem (außer von den Eltern) wird das Kind noch betreut?									
Waren Sie mit Ihrem Kind bereits bei anderen Einrichtungen/ Praxen/Frühförderstellen/Beratungsstellen/Homöopathen/ Heilpraktikern? Wenn ja,	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Wo? (Einrichtung...)</td> <td style="width: 50%;">Wann? (Zeitraum der Behandlung)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Wo? (Einrichtung...)	Wann? (Zeitraum der Behandlung)							
Wo? (Einrichtung...)	Wann? (Zeitraum der Behandlung)								
Finden zur Zeit Behandlungen/Therapien/ Beratungen statt? Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
Bei wem?									
Besucht Ihr Kind <input type="checkbox"/> die Kinderkrippe? <input type="checkbox"/> den Kindergarten? Name der Erzieherin Tel.-Nr.	Andere Einrichtungen:								
Gab es oder gibt es Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								

IV Fragen zur Familie

Name der Mutter:	Name des Vaters:
<u>Tätigkeit:</u> Wie oft ist der Vater zu Hause?	<u>Tätigkeit:</u> <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> wechselnd/Schichtdienst <input type="checkbox"/> lange Abwesenheit
Leben die Eltern zusammen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Trennung der leiblichen Eltern: Bei wem lebt das Kind? <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> andere	Besuchsregelung:

Familiensituation:

- Psychische Belastungen:
- körperliche Belastungen:
- Trennungen:
- Todesfälle:
- Verluste in der Familie:
- Veränderungen in der Familie:
- Sonstiges:

War oder ist ein näheres Familienmitglied durch chronische Erkrankung oder Behinderung belastet? Wenn ja, wer? wodurch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Hat das vorgestellte Kind Geschwister?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name	Geb.	Besonderheiten (Erkrankung, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsbeeinträchtigung, Behinderung...)	

Gab es Fehl- oder Totgeburten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leben alle Kinder mit der Familie zusammen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind darunter Pflege- oder Adoptivkinder?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie häufig sind Sie seit der Geburt des Kindes umgezogen?mal
Wie beurteilen Sie Ihre Wohnsituation?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht

Falls Ihnen zum Verständnis der Entwicklung oder des Verhaltens Ihres Kindes noch etwas wichtig erscheint, schildern Sie es bitte!

....., den.....ausgefüllt von: _____

Unterschrift der Eltern