



Praxis für Phoniatrie & Pädaudiologie

Dr. med. Ines Plank

Nordholter Weg 3

48317 Drensteinfurt

eMail: paedaudiologie@haus-walstedde.de

Tel: 02387 9194 0, Fax: 02387 9194 8992

**Sehr geehrte Eltern,
dieser Fragebogen dient nicht statistischen Zwecken, sondern ausschließlich der
gründlichen Erhebung der Vorgeschichte.**

Personalien Kind:

Name, Vorname:

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer:

PLZ Wohnort:

Tel.Nummer:

eMail Adresse:

Personalien Eltern:

Name, Vorname Mutter

Geburtsdatum:

Name, Vorname Vater

Geburtsdatum:

Wohnort / Tel.Nr. (falls abweichend vom Kind)

Krankenkasse, bzw. Versicherungsträger/Adresse

Kind ist versichert durch: Vater/Mutter/Pflegeeltern/Sonstige

Name/Anschrift des überweisenden Arztes / Fachrichtung

Welche weiteren Personen (z.B. Ärzte, Psychologen, Therapeuten etc.) sollen von uns einen Bericht erhalten? (Bitte Anschrift angeben)

**Welche Probleme stehen bei dem Kind im Vordergrund?
(Kurzbeschreibung sprachlicher Auffälligkeiten)**

Auf welchem Gebiet bestehen Störungen oder Auffälligkeiten?

- | | | | |
|---|------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Erziehung | <input type="checkbox"/> Schule |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwickl. | <input type="checkbox"/> Anfälle | <input type="checkbox"/> Sprache | <input type="checkbox"/> Wachstum |
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> körperl. Fehlbildung | <input type="checkbox"/> Verhalten |

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen des Kindes:

Steht oder stand das Kind wegen der o.a. Störungen oder früherer Entwicklungsproblemen in ärztlicher Überwachung oder Behandlung?

Arzt (Name / Anschrift / Tel.Nr.)	Behandlungsjahr

Bisherige psychologische Untersuchungen (z.B. Erziehungsberatungsstelle, Schulpsycholog. Dienst, Gesundheitsamt etc.) bzw. Behandlungen:

Name/Anschrift d. Untersuchungsstelle:	Wann?	Aus welchem Anlass?

Bisherige zusätzliche Untersuchungen:

	Wann?	Wo?
<input type="checkbox"/> Hörprüfung:		
<input type="checkbox"/> Sehprüfung:		
<input type="checkbox"/> EEG:		
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

Bisherige Behandlungen:

	Name/Anschrift d. Therapeuten:	Zeitraum:
Krankengymnastik		
Beschäftigungstherapie		
Spieltherapie		
Sprachtherapie		
Frühförderung		
Sonstige		

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass von meinem Kind

_____ geb.: _____

alle bei anderen Ärzten / Institutionen erhobenen Befunde und Untersuchungsergebnisse eingeholt bzw. eingesehen werden dürfen.

_____ Datum

_____ Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Familienvorgeschichte:

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei dem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche: _____

Vorgeschichte des Kindes:

Schwangerschaft:

Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind? _____

Gab es Besonderheiten oder Belastungen in der Schwangerschaft / Erkrankungen der Mutter / Rauchen, Alkohol oder Medikamente?

Geburt:

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? In der _____ SSW

War es eine normale Geburt? Ja Nein

War einer der folgenden Eingriffe nötig?

Kaiserschnitt

Zange

Saugglocke (Vakuumentextraktion)

Andere Komplikationen (z.B. Nabelschnurvorfal) _____

Bestand eine Zwillinge/Mehrfachschwangerschaft? Ja Nein

Neugeborenes:

Geburtsgewicht _____ g Länge _____ cm Kopfumfang _____ cm

Hat das Kind schon geschrien ja nein

War es länger als 5 Minuten blau? ja nein Beatmung notwendig ja nein

Apgar Werte _____ vgl. 1.Vorsorgeuntersuchung (U1)

Körperliche Auffälligkeiten: ja nein

Wenn ja, welche: _____

Wurde das Kind in eine Kinderklinik verlegt? ja nein

Wenn ja, Anschrift der Klinik _____

An welchem Lebenstag? _____

Entwicklung des Kindes:

Entwicklung: (Bei älteren Kindern nur Auffälligkeiten angeben)

Wann konnte sich Ihr Kind auf den Rücken drehen? Mit____Monaten

Wann konnte Ihr Kind krabbeln? Mit____Monaten

Wann konnte es frei (ohne Festhalten an Möbeln oder Personen) laufen? Mit____Monaten

Wann konnte Ihr Kind die ersten Worte (Mama, Papa etc.) sprechen? Mit____Monaten

Wann konnte es 2 Worte zu ersten Sätzen zusammensetzen (z.B. „Mama komm!“)
Mit____Monaten

Wann war Ihr Kind trocken/ohne Windeln?
Mit____Jahren tagsüber mit____Jahren nachts

Kommt es vor, dass das Kind tagsüber oder nachts noch einnässt? _____

Haben Sie den Eindruck, dass es jetzt gut hören kann? O ja O nein

Versteht Ihr Kind einfache Aufträge ohne begleitende Gesten? O ja O nein

Beispiel: _____

Welche Hand bevorzugt Ihr Kind? O rechts O links O beidhändig

Gibt oder gab es Probleme beim Essen oder der Ernährung? O ja O nein

Geben Sie Körpergröße und Gewicht des Kindes an: _____kg _____cm

Vorerkrankungen:

Bitte geben Sie auch die Zeiten der (Kinder-) Krankheiten und die betreuenden Ärzte bzw. Krankenhäuser an:

Kinderkrankheiten: _____

Operationen: _____

Größere Verletzungen/Unfälle: _____

Allergien: _____

Vorschulische und schulische Entwicklung:

Welche vorschulischen Einrichtungen hat Ihr Kind bisher besucht?

	Anschrift	Von - Bis
Spielgruppe / Tagesmutter		
	Anschrift	Von - Bis
Kindertagesstätte		

Welche schulischen Einrichtungen hat Ihr Kind bisher besucht:

a.)	Regelschule	Anschrift	Von - Bis
	Grundschule / Haupt/ Real / Sekundar / Gesamt / Gymnasium		
b.)	Förderschule für.....	Anschrift	Von - Bis
	Sprache / Hören / Kommunikation		
	Körper- od. geistige Behinderung		
	ESEL-Schule (emotionale, soziale, Entwicklung u. lernen)		

Klassenwiederholungen: Ja nein Wenn ja, welche? _____

Jetzige Klasse: _____ Name d. Klassenlehrers/lehrerin _____

Tel.Nr. / Kontakt / eMail: _____

Sind Sie mit den Schulleistungen Ihres Kindes zufrieden? ja, voll mittel nein

Bitte bringen Sie alle bisherigen Schulzeugnisse mit.

Freizeit:

Womit beschäftigt sich oder spielt Ihr Kind besonders gerne?

Nimmt Ihr Kind in der Freizeit regelmäßig an einer Gruppe teil? (z.B. Sport, Musik, sonstiges)

nein ja, folgende: _____