

## Fragebogen (bitte deutlich und in Großbuchstaben ausfüllen)

Liebe Eltern, damit wir Ihr Kind bestmöglich vorbereiten und betreuen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Ihre Angaben helfen uns sehr, uns ein erstes Bild zu machen und den weiteren Ablauf gut zu planen. **Bitte lassen Sie den ausgefüllten Fragebogen vorab von Ihrem überweisenden Facharzt (Kinderarzt, Neurologe und Allgemeinmediziner) einsehen und am Ende des Formulars bestätigen. Ohne dessen Zustimmung ist eine Bearbeitung leider nicht möglich.**

**Senden Sie uns den Fragebogen anschließend  
gern auf einem der folgenden Wege zu:**

per E-Mail an spz@uks.eu  
per Fax an 06841 16-28465

**oder per Post an:**

Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS)  
Sozialpädiatrisches Zentrum  
Gebäude 9, 66421 Homburg

Sollten Sie Fragen haben oder Unterstützung beim Ausfüllen benötigen, melden Sie sich bei uns. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

## Angaben zum Kind und seinen Eltern

Name Ihres Kindes

Vorname Ihres Kindes

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich       weiblich       divers

Ihre Anschrift (Straße +Nr.)

Postleitzahl + Ort

Ihre Telefon- / Handynummer

Ihre E-Mail-Adresse

Landkreis / Bundesland

**Überweisender Facharzt (Kinderarzt, Neurologe und Allgemeinmediziner)**

(Bitte beachten: Wir können nur noch Überweisungsscheine von Fachärzten annehmen)

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen?

Krankenkasse des Kindes

gesetzlich       privat

Name der Krankenkasse

Hauptversicherter

männlich       weiblich       divers

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anderer Elternteil

männlich       weiblich       divers

Name, Vorname, Geburtsdatum



# Angaben zur Vorgeschichte Ihres Kindes

## SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Gab es Besonderheiten  
in der Schwangerschaft?

ja, welche

nein

---

---

---

---

---

---

Dauerte die Schwanger-  
schaft bis zum  
errechneten Termin?

nein, sondern

ja

nur bis \_\_\_\_\_ Wochen vor dem Termin,  
bzw. bis \_\_\_\_\_ Wochen nach dem Termin

Die Geburt erfolgte im

Krankenhaus

in \_\_\_\_\_

zu Hause

Gab es Besonderheiten  
bei der Geburt?

ja, welche

nein

---

---

---

---

---

---

Welche APGAR-Werte  
sind im Untersuchungsheft  
verzeichnet?

\_\_\_\_\_ 5 Minuten

\_\_\_\_\_ 10 Minuten

Wie waren die Maße  
Ihres Kindes bei der Ge-  
burt?

Gewicht  
\_\_\_\_\_ g

Länge  
\_\_\_\_\_ cm

Kopfumfang  
\_\_\_\_\_ cm

**ZUR NEUGEBORENEZEIT (ERSTE 4 LEBENSWOCHEN)**

---

Musste Ihr Kind in  
eine Kinderklinik  
verlegt werden?

ja, in

nein

---

---

---

Dauer des stationären Aufenthaltes?

---

---

Musste Ihr Kind  
beatmet werden?

ja, über \_\_\_\_\_ Tage

nein

Gab es in den ersten  
Lebenswochen Trink-  
probleme?

ja

nein

Gab es sonstige  
besondere Krankheiten  
in den ersten Lebens-  
wochen?

ja, welche

nein

---

---

---

Machte Ihnen in den  
ersten Lebenswochen  
sonst etwas Sorgen?

ja

auffallende Bewegungsarmut

häufiges Spucken

Schreckhaftigkeit

auffallende Unruhe

Krampfanfälle

häufiges Schreien

nein

Sonstiges

---

---

---

**KRANKHEITEN IHRES KINDES**

---

Gab es besondere  
Erkrankungen,  
Operationen, Unfälle  
oder Beschwerden?

ja, welche (jeweils das Jahr in Klammer hinzufügen)

nein

---

---

---

---

---

---

---

## WIE VERLIEF DIE ENTWICKLUNG?

Erstes Lächeln	_____ Monate	Erste 2 - 3 sinnvolle Worte in Deutsch	_____ Monate
Gezieltes Greifen	_____ Monate	in der Familiensprache*	_____ Monate
Umdrehen von Rückenlage in Bauchlage	_____ Monate	Erste Zwei- bis Dreiwortsätze im Deutschen	_____ Monate
Selbständiges Hinsetzen	_____ Monate	in der Familiensprache*	_____ Monate
Selbständiges Gehen	_____ Monate	Tagsüber sauber und trocken	_____ Monate
		Nachts sauber und trocken	_____ Monate

\* hauptsächlich genutzte Sprache (Familiensprache)  
bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern

**Besucht/e Ihr Kind  
einen Kindergarten  
(oder eine Krippe)?**

ja, und zwar

nein

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Lebensjahr

**Welchen?**

- Regelkindergarten in \_\_\_\_\_  
 Integrationskindergarten  
 Schulvorbereitende Einrichtung/Förderkindergarten  
 mit Tagesstätte  Krippe

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_

**Gab/Gibt es  
dort Probleme?**

ja, weil

nein

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Wurde Ihr Kind  
von der Einschulung  
zurückgestellt?

ja, weil

nein

---

---

---

Welche Schule  
besucht Ihr Kind?

---

In welcher Klasse?

---

Telefon

---

Einschulungsjahr

---

Schulform

- Grundschule                       Hauptschule  
 Inclusive Schule/Inclusion    Hort                       Weiterführende Schule  
 Heilpädagogische Tagesstätte / welche \_\_\_\_\_  
 Förderschule / welche \_\_\_\_\_

Welche Stärken  
hat er/sie in

---

---

---

Welche Schwächen/  
Probleme hat er / sie in

---

---

---

Gibt es Verhaltens-  
probleme in der Schule?

ja, weil

nein

---

---

---

Gibt es Verhaltens-  
probleme zu Hause?

ja, weil

nein

---

---

---

Was spielt Ihr Kind gerne?

---

---

---

---

## Angaben zu Vorerkrankungen

Falls bei Ihrem Kind chronische Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen:

Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten an anderer Stelle bereits untersucht?

ja, Wann? Wo?

nein

---

---

---

Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?

---

---

---

---

---

Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?

---

---

---

---

---

Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes von einem Augenarzt überprüft?

ja, Wann? Wo?

nein

---

---

---

Befund auffällig?

ja, Wann? Wo?

nein

---

---

---

Wurde die Hörfähigkeit Ihres Kindes von einem HNO-Arzt überprüft?

ja, Wann? Wo?

nein

---

---

---

Befund auffällig?

ja, Wann? Wo?

nein

---

---

---

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

ja, Welche?

nein

---

---

---

**Bekommt/bekam  
Ihr Kind schon eine  
spezielle Förderung?**

- Krankengymnastik nach Bobath von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Krankengymnastik nach Vojta von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Pädagogische Frühförderung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Ergotherapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Heilpädagogik von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Sprachförderung/Logopädie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Sind Sie mit Ihrem  
Kind noch in einer  
zusätzlichen Betreuung,  
z.B. Arzt, Psychologe,  
Beratungsstelle?**

- ja, Wo? \_\_\_\_\_  nein \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Nutzt Ihr Kind  
Hilfsmittel?**

- ja, Welche? \_\_\_\_\_  nein \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hat Ihr Kind Anfälle?**

- ja, zuletzt \_\_\_\_\_  nein \_\_\_\_\_

Wie häufig? \_\_\_\_\_

Wie lange? \_\_\_\_\_

Wie sehen die Anfälle aus? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Sozialrecht

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?  Nein  Ja mit Grad der Behinderung \_\_\_\_\_

Merkzeichen \_\_\_\_\_

Liegt ein Pflegegrad vor?  Nein  Ja mit Pflegegrad \_\_\_\_\_

## Zur Familie

Hat Ihr Kind Geschwister oder Halbgeschwister? (Bitte kreuzen Sie die Beziehung zu den Elternteilen an)

Vorname	Geburtsjahr	Geschwister	Halbgeschwister	
			gleiche Mutter	gleicher Vater
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Wurde bereits ein Geschwisterkind in unserem Zentrum (oder in der Neuropädiatrischen Sprechstunde) vorgestellt?**

ja, Name des Geschwisterkindes \_\_\_\_\_

nein

**Gibt es besondere oder chronische Krankheiten bei Eltern, Großeltern und Geschwistern?**

ja, welche \_\_\_\_\_

nein

**Gab es in der Familie Fehlgeburten oder Totgeburten?**

ja, im Jahr \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_ Schangerschaftsmonat

nein

**Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen?**

von der Mutter \_\_\_\_\_

vom Vater \_\_\_\_\_

von Eltern \_\_\_\_\_

**Wie ist der Familienstand der Eltern?**

verheiratet  wieder verheiratet

getrennt lebend seit \_\_\_\_\_

zusammen lebend

geschieden seit \_\_\_\_\_

allein erziehend

**Das Kind lebt bei/in**

beiden Eltern

einem Elternteil (Name) \_\_\_\_\_

einer Pflegefamilie \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

einer Einrichtung \_\_\_\_\_

**Wer hat die Personensorge?**

\_\_\_\_\_