

## Fragebogen zur kindlichen und familiären Entwicklung

Der Fragebogen kann helfen, Zusammenhänge zwischen kindlichem Verhalten und Veränderungen in der Familie und im Umfeld aufzuzeigen.

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Entwicklung** des Kindes (chronologisch):

Angaben von:

Datum:

| Jahr   | Alter | Äußere Faktoren/Milieu   | Verhalten/Reaktionen<br>Krankheiten |
|--------|-------|--|-------------------------------------|
| Geburt |       | (z.B. Kindergartenbeginn, Einschulung, Geburten von Geschwistern, besondere Veränderungen der Eltern, Scheidung der Eltern, Adoption, Umzüge, Berufswechsel der Eltern u.a.) |                                     |
|        |       |  |                                     |
|        |       |  |                                     |
|        |       |  |                                     |
|        |       |  |                                     |
|        |       |  |                                     |
|        |       |  |                                     |
|        |       |  |                                     |
|        |       |  |                                     |
|        |       |  |                                     |

## Entwicklung

Der Fragebogen soll helfen, Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung zu erfassen.

---

### Schwangerschaft

|  |  |
|--|--|
| Erlebter Schwangerschaftsverlauf _____ | Besondere Schwangerschaftskomplikationen _____ |
| Häufiges Erbrechen _____               | _____  |
| Medikamente _____                      | Vermehrte Flüssigkeitseinlagerung _____        |
| Krankheiten _____                      | Eiweiß-/Zuckerausscheidung im Urin _____       |
| Unfälle _____                          | Bluthochdruck _____                            |
| Behandelnder Arzt _____                | _____  |

### Geburt

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Klinik/Haus _____            | Erstes Schreien _____                                       |
| Vor/nach Termin _____ Wochen | Atemnot oder Atemstillstand<br>Während oder nach der Geburt |
| Dauer _____                  | _____   |
| Gewicht _____ Größe _____    | Wiederbelebung nötig _____                                  |
| Geburtshelfer _____          | Neugeborenenengelbsucht _____                               |
| _____                        | Blutgruppenunverträglichkeit _____                          |

### Säuglingszeit (1. Lebensjahr)

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Stillen _____                              | _____                 |
| Verdauung _____                            | Sitzen _____          |
| Ernährungsstörungen im 1. Lebensjahr _____ | Stehen _____          |
| _____                                      | Gehen _____           |
| Schlaf _____                               | Auffälligkeiten _____ |
| Wachverhalten _____                        | _____                 |

### Krankheiten im 1. Lebensjahr

---

### Kleinkindalter (2.-5. Lebensjahr)

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Erste Worte _____      | Trotzphase _____     |
| Erste Sätze _____      | Spielverhalten _____ |
| Trocken (tags) _____   | _____                |
| Trocken (nachts) _____ | _____                |
| Sauber (tags) _____    | Schlafen _____       |
| Sauber (nachts) _____  | Essen/Trinken _____  |

## Kindergarten/Schulalter

Kindergarten \_\_\_\_\_ Einschulung \_\_\_\_\_

Klassenwiederholung \_\_\_\_\_ Hort \_\_\_\_\_

## Pubertät

1. Regelblutung \_\_\_\_\_

Stimmbruch \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

## Freizeit / Hobby

Treibt Ihr Kind Sport (Verein/AG)? Ja  Nein  Welchen? \_\_\_\_\_

Trifft sich Ihr Kind regelmäßig mit anderen Kindern zum Spielen? Ja  Nein  Wo? \_\_\_\_\_

Wie häufig spielt Ihr Kind Gameboy? Gar nicht  ab und zu  wöchentlich  täglich

Wie häufig spielt Ihr Kind am Computer oder an der Konsole (Playstation, Nintendo, X-Box)? Gar nicht  ab und zu  wöchentlich  täglich

Wenn Ihr Kind elektronische Spiele spielt, wie viel Zeit verbringt es damit? Weniger als 30 min.  30 min. bis zu 1 Stunde  1 Stunde bis zu 2 Stunden  mehr als 2 Stunden

Kennen Sie die Spiele, die Ihr Kind am Computer oder an der Konsole spielt? Einige  weniger als die Hälfte  Mehr als die Hälfte  alle

Wann und wie lange sieht Ihr Kind Fernsehen?

Hat Ihr Kind Zugang zum Internet? Ja  Nein  nur eingeschränkter/kontrollierter Zugang

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? Ja  Nein

Welche Geräte hat Ihr Kind in seinem eigenen Zimmer? Stereoanlage  mp3 Player  Fernseher  Computer

Liest Ihr Kind? Ja  Nein  Comics  Zeitschriften  Bücher

Weitere Hobbies/Freizeitaktivitäten Welche? \_\_\_\_\_

## Krankheiten

(z.B. Masern, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Kinderlähmung, Mumps, Scharlach, Mandelentzündungen, allgemeine Anfälligkeiten, Zuckungen, Fieberkrämpfe und anderes)

---

## Unfälle

## Operationen

## Krankenhaus- und Kuraufenthalte

## Medikamente