

Schreibbaby- Ambulanz des Sozialpädiatrischen Zentrums Coburg

SPZ- Coburg
Bahnhofstraße 21-23
96450 Coburg
Tel.: 09561-82680 Fax: 09561-826882 E- Mail: info-spz-coburg@ejf.de

Fragebogen ausgefüllt: am _____
von _____

I. Name des Kindes:

Geb. am _____

☐ Leibliches Kind ☐ Pflegekind ☐ Adoptivkind

II. Grund der Vorstellung:

1. Was fällt Ihnen bei der Entwicklung bzw. Verhalten Ihres Kindes auf?

Motorik/ Bewegung: _____
(z.B. unruhig, überschießend, _____
steif, harmonisch...) _____

Sprache und Kommunikation: _____
(z.B. still, plappert, lacht, _____
Blickkontakt) _____

Verhalten/ Spielen: _____
(z.B. interessiert, greift, _____
spielt alleine oder nur mit _____
Eltern)

Sonstiges: _____

2. Wer hat Sie auf die Entwicklungsauffälligkeiten aufmerksam gemacht?

3. Erfolgte die Vorstellung aus eigener Initiative, oder durch wen?

III Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes:

1. Hatten Sie während der Schwangerschaft körperliche Beschwerden? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

2. Fühlten Sie sich während der Schwangerschaft psychisch belastet? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, durch welche Situation oder durch welches Ereignis?

3. War die Geburt termingerecht? ja ☐ nein ☐

Wenn nein, wie viele Wochen vor _____ oder nach _____ dem errechneten Termin?

4. Wie erfolgte die Geburt? Spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke ☐

5. Gab es Komplikationen bei der Geburt? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Geburtsgewicht _____g Länge _____cm Kopfumfang _____cm

APGAR- Werte (siehe Vorsorgeheft): _____ Nabelschnur pH: _____

Hat Ihr Kind sofort geschrien? ja ☐ nein ☐

Wurde Ihr Kind beatmet? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie lange wurde es beatmet? _____

Wurde Ihr Kind in den Brutkasten gelegt? ja ☐ nein ☐

6. Konnten Sie stillen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie lange? _____

7. War Ihr Kind nach der Geburt von Ihnen getrennt? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie lange? _____

8. Wann zeigte es Ihnen sein erstes Lächeln? mit _____ Monaten

9. Hat Ihr Kind gelallt? ja ☐ nein ☐

10. Wann kam Ihr Kind von alleine zum Sitzen? mit _____ Monaten

- 11. Wann ist Ihr Kind gekrabbelt?** mit _____ Monaten
- 12. Wann machte es die ersten freien Schritte?** mit _____ Monaten
- 13. Hat es gefremdelt?** ja ☐ nein ☐
- 14. Hat es getrotzt?** ja ☐ nein ☐
- 15. Gab oder gibt es Probleme mit der Nahrungsaufnahme?** ja ☐ nein ☐
- 16. Gab oder gibt es ein Ereignis, dass die Entwicklung Ihres Kindes nachhaltig beeinflusst oder sogar beeinträchtigt hat?** ja ☐ nein ☐
- Wenn ja, was? _____
- 17. Nimmt Ihr Kind z. Z. Medikamente?** ja ☐ nein ☐
- Wenn ja, welche? _____
- Weswegen? _____
- 18. Hat Ihr Kind schwere körperliche Erkrankungen und Operationen durchgemacht?** ja ☐ nein ☐
- Wenn ja, welche? _____
- 19. War Ihr Kind einmal für längere Zeit im Krankenhaus?** ja ☐ nein ☐
- Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
- 20. Von wem, außer den Eltern, wird Ihr Kind noch betreut?**
- Von: _____
- 21. Wer hat sonst noch Verantwortung für die Erziehung?** _____
- 22. Waren Sie mit Ihrem Kind wegen der bestehenden Schwierigkeiten bereits bei anderen Stellen zur Behandlung?** ja ☐ nein ☐
- Wenn ja, wo? _____
- Wann? _____
- 23. Werden zur Zeit noch andere Behandlungen durchgeführt?** ja ☐ nein ☐
- Wenn ja, welche? _____
- Bei wem? _____

IV Fragen zu Ihrer Familie:

1. Name der Mutter

Geb. am: _____

erlernter Beruf: _____

Familienstand: _____

ausgeübter Beruf: _____

2. Name des Vaters

Geb. am: _____

erlernter Beruf: _____

Familienstand: _____

ausgeübter Beruf: _____

3. War oder ist ein Eltern- oder Stiefelternteil durch eine Krankheit oder eine Behinderung belastet?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wer? _____

Durch was? _____

4. Sind Geschwister vorhanden?

Name: _____ geb. am: _____ Kiga/Schule: _____

Name: _____ geb. am: _____ Kiga/Schule: _____

Name: _____ geb. am: _____ Kiga/Schule: _____

Name: _____ geb. am: _____ Kiga/Schule: _____

5. Hatten Sie Fehl- oder Totgeburten?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wann: _____

6. Leben alle Geschwister mit in der Familie zusammen?

ja ☐ nein ☐

Sind unter den Geschwistern auch Pflege- oder Adoptivkinder?

ja ☐ nein ☐

7. Ist eines der Geschwister durch eine Krankheit oder Behinderung belastet?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wer? _____

Durch welche? _____

8. Wie häufig sind Sie seit der Geburt Ihres Kindes umgezogen? _____ mal

9. Wie beurteilen Sie Ihre Wohnsituation?

- ☐ gut
☐ durchschnittlich
☐ mäßig
☐ schlecht

10. Falls Ihnen zum Verständnis der Entwicklung Ihres Kindes noch etwas wichtig erscheint, schildern Sie es bitte kurz. (Bitte bei Bedarf ein Zusatzblatt verwenden)

_____, den _____ Unterschrift: _____