

Vor- und Zuname des Kindes:

Geboren am:

Überwiesen von:

Kinderarzt:

HNO-Arzt:



Bitte schildern Sie die Gründe der jetzigen Vorstellung Ihres Kindes:

Wo und wann wurde das Kind wegen der augenblicklichen Probleme bzw. Erkrankungen schon einmal vorgestellt?

_____	Jahr	_____
_____	Jahr	_____
_____	Jahr	_____

Familienanamnese:

Leiblicher Vater des Kindes

Name: _____

Geb. am: _____

Schwere Erkrankungen: _____

Leibliche Mutter des Kindes

Name: _____

Geb. am: _____

Schwere Erkrankungen: _____

Gibt es Hörstörungen in der Familie? Wenn ja, welche?

Bei wem gibt es Hörstörungen?

Gibt es Sprachstörungen in der Familie?

Gibt es Familienangehörige, die spät gesprochen haben?

Patientenvorgeschichte

Schwangerschaft/Geburt:



Gab es Besonderheiten bei der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

Gab es Besonderheiten bei der Geburt (z.B. Frühgeburt, Geburtseinleitung mit Wehentropf, Kaiserschnitt, Saugglockenentbindung etc.)?

In welcher Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt? _____

Das Geburtsgewicht betrug: _____ g.

Das Kind war _____ cm groß.

Frühkindliche Entwicklung

Das Kind konnte alleine sitzen mit: _____ Monaten.

Das Kind konnte alleine krabbeln mit: _____ Monaten.

Das Kind konnte alleine gehen mit: _____ Monaten.

Das Kind sprach erste Worte (Mama, Papa..) mit: _____ Monaten.

Das Kind sprach erste Zweiwortsätze mit: _____ Monaten.



Traten bei dem Kind Sprachauffälligkeiten auf (Stottern, Lispeln)? Wenn ja welche?

Kindergarten

Ab welchem Alter hat Ihr Kind den Kindergarten besucht? _____

Welchen Kindergarten (Förder-, Regelkindergarten)? _____

Wie hat sich Ihr Kind in die Gruppe eingefügt? _____

Gibt oder gab es Probleme im Kindergarten? _____

Schule

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult? _____

Welche Schule (Förder-, Regelschule)? _____

Welche Schule besucht Ihr Kind heute? _____

Welche Klasse besucht Ihr Kind? _____

Gibt es Schulprobleme? Wenn ja, welche? _____

Was wurde bisher wegen der Schulprobleme unternommen?

Wie würden Sie die Konzentration und Aufmerksamkeit Ihres Kindes einschätzen?

Bei welchen Dingen kann sich Ihr Kind gut konzentrieren, bei welchen weniger gut?

Verhalten

Bitte stufen Sie Temperament und Verhalten Ihres Kindes ein (Betreffendes bitte ankreuzen):

- unruhig, immer in Bewegung
- sehr ruhig, bewegungsarm
- ungeschickt mit den Händen und Armen
- Linkshänder
- Einschlafstörungen
- Angstträume, Schlafwandeln
- Durchschlafstörungen
- Ernährungsstörungen

Bitte stufen Sie Temperament und Verhalten Ihres Kindes ein (Betreffendes bitte ankreuzen):

- Kopfwerfen / Wiegen mit dem Körper (v.a. vor dem Einschlafen)
- Nägelkauen
- gehemmt, unsicher, ängstlich
- ausgeprägt ängstlich gegenüber Fremden
- wehrt Körperkontakt ab, kaum liebebedürftig
- Unselbstständig, sucht ständig die Nähe der Mutter
- eifersüchtig
- Daumenlutschen
- sucht viel Kontakt - „Klammeräffchen“
- Haarausreißer
- wenig spielfreudig, muss immer angeleitet werden
- häufig kränkelnd
- Trotzanfälle
- Andere Beobachtungen:

Hören

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Hörprobleme bei Ihrem Kind festgestellt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Muss Ihr Kind häufiger nachfragen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stellt Ihr Kind Radio und Fernseher ungewöhnlich laut? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind eine laute Stimme? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Liebt Ihr Kind laute Spielsachen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf laute Geräusche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich Dinge zu merken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Krankheiten

Welche Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln) hat Ihr Kind durchgemacht?

Welche anderen schweren Erkrankungen hat Ihr Kind durchgemacht?

Hat Ihr Kind schon Mittelohrentzündungen gehabt? Wenn ja, wie oft?

Wie oft leidet Ihr Kind unter Erkältungskrankheiten?

2x im Jahr 5x im Jahr öfters

Hatte Ihr Kind Operationen? Wenn ja, wann und welche?

Bestehen bei Ihrem Kind Allergien? Wenn ja, welche?

Bestehen Probleme mit der Haut (z.B. Neurodermitis, Ekzeme)? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind schon Unfälle gehabt? Wenn ja, wann und welche?

Förderung

Wurden oder werden bei Ihrem Kind bestimmte Fördermaßnahmen durchgeführt (z.B. logopädische Therapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Psychomotorik therapeutisches Reiten etc.)? Wenn ja, welche und in welchem Zeitraum?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.