

**PRAXIS DR. GUDRUN ROGLER**

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie; Volkartstraße 5, 80634 München,  
Tel.: (089) 1678919 ~ Fax:(089) 16783460 ~ Homepage : www.praxis-dr-rogler.de

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind in unserer Praxis untersuchen lassen. Um uns die Untersuchung zu erleichtern bitten wir Sie, den Fragebogen auszufüllen und uns vor dem vereinbarten Untersuchungstermin zusammen mit Kopien aller Zeugnisse Ihres Kindes und Kopien von für uns relevanten Vorfunden per Post oder Fax zukommen zu lassen. Bitte bringen Sie auch das gelbe Vorsorgeheft zum Ersttermin mit. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_ **geboren am:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

**Ihre Anschrift:**

☎(Festnetz, mobil, geschäftlich): \_\_\_\_\_

Fragebogen ausgefüllt von: Mutter  Vater  sonst: \_\_\_\_\_

**1. Allgemeines**

**Wer hat das Sorgerecht?**

beide Eltern  Mutter  Vater

sonst \_\_\_\_\_

**Bei wem lebt das Kind?**

bei den Eltern  bei der Mutter  beim Vater

bei \_\_\_\_\_

**Überweisender Arzt (Name, Anschrift)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wer empfahl Vorstellung hier?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Krankenkasse des Kindes**

gesetzlich  privat

Name der Kasse

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bei wem ist das Kind mitversichert?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Name und Geburtsdatum der Mutter**

\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Name und Geburtsdatum des Vaters**

\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Andere Bezugspersonen, die in der Familie leben:**

**Geschwister d. Kindes** (auch Halb- u. Stiefgeschwister)

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**2. Grund der aktuellen fachärztlichen Untersuchung**

**Welche Sorgen haben Sie bei Ihrem Kind? Bitte schildern Sie kurz die aktuellen Probleme, seit wann bestehen diese?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Hilfen erwarten Sie?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Bisherige Erkrankungen

**Besondere Erkrankungen, Unfälle, Operationen, Anfallsleiden bei Ihrem Kind** nein  ja

\_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_ Lebensjahr

\_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_ Lebensjahr

\_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_ Lebensjahr

**Chronische Erkrankungen bei den Geschwistern / Eltern bzw. nahen Verwandten** nein  ja

(Art, wen betreffend? \_\_\_\_\_ )

(Art, wen betreffend? \_\_\_\_\_ )

### 4. Schwangerschaft (SS), Geburt und Neugeborenenzeit

#### Gab es Fehlgeburten oder Totgeburten?

nein  ja  (Jahr) \_\_\_\_\_

(Schwangerschaftsmonat: \_\_\_\_\_)

ja  (Jahr) \_\_\_\_\_

(Schwangerschaftsmonat: \_\_\_\_\_)

#### Gab es Komplikationen in der SS mit dem Kind?

Blutungen .....nein  ja

schweres Erbrechen.....nein  ja

Bluthochdruck.....nein  ja

vorzeitige Wehen.....nein  ja

Infektionen.....nein  ja

Unfälle/Operationen .....nein  ja

psychische Belastungen.....nein  ja

Medikamente ?.....nein  ja

(welche, Dosis? \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_)

regelmäßige Einnahme? .....nein  ja

Alkohol.....nein  ja

Zigaretten ( \_\_\_\_\_ täglich).....nein  ja

andere Drogen .....nein  ja

#### Dauerte die SS bis zum errechneten Termin?

ja  nein  \_\_\_\_\_ Wochen früher

nein  \_\_\_\_\_ Wochen später

#### Wo erfolgte die Geburt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Gab es bei der Geburt Komplikationen?

Störung der kindlichen Herztöne ....nein  ja

Beckenendlage.....nein  ja

Mehrlingsgeburt.....nein  ja

Kaiserschnittbindung .....nein  ja

Saugglocke.....nein  ja

grünes Fruchtwasser .....nein  ja

besonders lange Geburt.....nein  ja

sonstige Komplikationen.....nein  ja

(welche? \_\_\_\_\_)

#### Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

\_\_\_\_\_ Gramm schwer und \_\_\_\_\_ cm lang

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

#### Apgar-Werte im Untersuchungsheft?

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

#### Zur Neugeborenenzeit (erster Lebensmonat)

auffällige blasse/blau Farbe.....nein  ja

(Beatmung notwendig) .....nein  ja

gelbe Farbe .....nein  ja

(Phototherapie notwendig) .....nein  ja

Trinkschwierigkeiten .....nein  ja

Klinikaufenthalt notwendig.....nein  ja

(wo? \_\_\_\_\_)

(wie lange? \_\_\_\_\_)

sonstige Erkrankungen.....nein  ja

(welche? \_\_\_\_\_)

auffallende Bewegungsarmut.....nein  ja

auffallende Unruhe .....nein  ja

häufiges Spucken.....nein  ja

Anfälle .....nein  ja

Schreckhaftigkeit .....nein  ja

## 5. Entwicklung des Kindes

### Eckdaten der Entwicklung

Selbständiges Sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Selbständiges Gehen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Sprechen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Tagsüber trocken mit \_\_\_\_\_ Jahren

Nachts trocken mit \_\_\_\_\_ Jahren

Tagsüber sauber mit \_\_\_\_\_ Jahren

Nachts sauber mit \_\_\_\_\_ Jahren

### Kindergartenbesuch

nein  ja  vom \_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_ Lebensjahr

War dies ein Regelkindergarten? ..nein  ja

halbtags  ganztags

Probleme im Kindergarten.....nein  ja

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

### Einschulung

Die Einschulung erfolgte im Jahre \_\_\_\_\_

im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

Schule: \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?

.....nein  ja

(Grund: \_\_\_\_\_ )

### Besonderheiten und auffälliges Verhalten in der Entwicklung

---

---

---

---

---

---

---

---

## 6. Schule und Freizeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt

### Schule

Aktuell Besuch der \_\_\_\_\_ Klasse

### Schulform

Grundschule  Hauptschule  Realschule

Gymnasium  Berufsschule  Sonderschule

Diagnose- und Förderklasse  sonstige

( \_\_\_\_\_ )

Nachmittagsbetreuung bis \_\_\_\_\_ Uhr

### Stärken in der Schule

---

---

---

---

### Schwächen in der Schule

---

---

---

Verhältnis zur Hauptlehrkraft:

### Eventuelle Verhaltensprobleme in der Schule

---

---

---

---

### Eventuelle Verhaltensprobleme zu Hause

---

---

---

### Freizeit

Findet Ihr Kind leicht Freunde? .....nein  ja

Alter der Freunde: gleichaltrig  jünger  älter

### Was spielt Ihr Kind besonders gerne?

---

---

---

---

---

---

### 7. Chronische Erkrankungen, Entwicklungsauffälligkeiten und Behandlungen

**Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten bereits untersucht?** .....nein  ja

(Ort, Jahr \_\_\_\_\_)

(Ort, Jahr \_\_\_\_\_)

(Ort, Jahr \_\_\_\_\_)

(Ort, Jahr \_\_\_\_\_)

**Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mit welchem Ergebnis?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wurden früher regelmäßig Medikamente eingenommen?** .....nein  ja

(welche, wann, wie lange? \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

**Werden aktuell regelmäßig Medikamente eingenommen?** .....nein  ja

(welche, seit wann? \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

**Bekommt oder bekam das Kind eine spezielle Förderung?** .....nein  ja

Krankengymnastik (Bobath) .....nein  ja

Krankengymnastik (Vojta) .....nein  ja

Pädagogische Frühförderung .....nein  ja

Ergotherapie .....nein  ja

Heilpädagogik .....nein  ja

Logopädie .....nein  ja

sonstiges .....nein  ja

( \_\_\_\_\_ )

(wo? \_\_\_\_\_)

**Befinden Sie sich mit Ihrem Kind noch in einer zusätzlichen Betreuung, z.B. bei einem Arzt, einem Psychologen, einer Beratungsstelle, einer speziellen Therapie usw.?** .....nein  ja

(bei wem? \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

---

### 8. Weitere Anmerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_