

Datum:

Name des Kindes:

Geb. am:

Name der Eltern:

Anschrift:

Tel.:

Email:

***Bitte vervollständigen Sie den Fragebogen so genau wie möglich.***

---

Rechtshändig?      Linkshändig?

Geburtsgewicht?

Termingerecht geboren?      Wenn nicht in welcher Woche?

Probleme bei der Entbindung?

Kaiserschnitt?

Anderen Komplikationen?

Probleme nach der Entbindung?

Inkubator?

Gelbsucht?

Etwas anderes?

Was sind die Hauptprobleme ihres Kindes?

---

**Säuglingszeit zwischen 0-18 Monate.**

***Beantworten Sie mit Ja oder Nein. Beschreiben Sie Besonderheiten.***

	Ja oder Nein	Besonderheiten
Hohes Fieber?		
Krämpfe?		
Starke Impfreaktion?		
Konnte vor Vollendung des 10. Monats laufen?		
Konnte mit 15 Monaten laufen?		
Begann mit 18 Monaten zu sprechen?		
Schreikind, Schlafproblemen?		
Probleme beim Trinken, Füttern?		

Häufige Ohrenentzündungen?

Krabbeln, Robben auf allen Vieren?

Herumrutschen auf dem Gesäß?

Bewegung durch Rollen?

Wurde ein Bein beim Krabbeln nachgezogen?

**Kindheit 18 Monate bis 9 Jahre**

Bettnässen nach dem 5. Lebensjahr?

Probleme Knöpfen zu lernen?

Probleme Schuhe binden zu lernen?

Probleme einen Stift halten zu lernen?

Probleme zu lernen auf einem Bein zu hüpfen?

Probleme beim Lernen einen Purzelbaum zu schlagen?

Probleme Brustschwimmen zu lernen?

Problemen Fahrrad fahren zu lernen?

Probleme schreiben zu lernen?

Probleme Lesen zu lernen?

Allergie?

Verstopfung?

Dünner, durchfalliger Stuhl?

Bauchschmerzen?

Gabe in Alter von 2-3 eine Trotzphase?      Normal?      Ausgeprägt?      Leicht?      Keine?

***Beschreiben Sie eines oder mehrerer der folgenden Probleme, falls vorhanden:***

Probleme mit dem Sehen? Brille? Andres?

Probleme mit dem Sprechen? Unartikulierte Sprechen? Anders?

Wie kommt ihr Kind mit der Schule zurecht?