

# HERZLICH WILLKOMMEN

## **Liebe Familie!**

Bei der Untersuchung Ihres Kindes wegen eines Hör-, Sprach- oder Aufmerksamkeitsproblems können auch andere Daten aus der Vorgeschichte und Entwicklung Ihres Kindes von Bedeutung sein.

Um uns bei der Untersuchung zu helfen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

**Nehmen sie sich etwas Zeit – Sie helfen uns und Ihrem Kind!**

Herzlichen Dank

Alexander Swiridoff  
Dr. med. Alexandra Malligsen  
Helge Malligsen

## ALLGEMEINE FRAGEN ZUR KINDLICHEN ENTWICKLUNG

<b>Datum:</b> _____
<b>Name des Kindes:</b> _____ <b>Vorname:</b> _____
<b>Geburtsdatum:</b> _____

1. Gab es Probleme/Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft?      nein       ja
2. War die Geburt schwierig?      nein       ja   
 Wenn ja, warum \_\_\_\_\_
3. Geburt zum errechneten Termin?      ja       nein   
 Wenn nein, wie viele Tage zu früh? \_\_\_\_\_ Tage      zu spät? \_\_\_\_\_ Tage
4. Geburtsdaten: APGAR: \_\_\_\_\_ Punkte      Länge: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ g  
 Hörscreening auffällig      nein       ja
5. Gab es Auffälligkeiten beim Neugeborenen?      nein       ja   
 Wenn ja, welche \_\_\_\_\_
6. Wie lange war das Baby nach der Geburt in der Klinik?      \_\_\_\_\_ Tage      \_\_\_\_\_ Wochen
7. War Ihr Baby      sehr unruhig?       oder      auffallend ruhig
8. Haben Sie Ihr Baby gestillt?      ja       nein   
 Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_ Monate
9. Hatte Ihr Baby Schwierigkeiten beim Trinken?      nein       ja
10. Hatte Ihr Baby Probleme bei der Umstellung auf feste Nahrung?      nein       ja
11. Hat Ihr Kind      an den Fingern genuckelt?       oder einen Schnuller gehabt?   
 Wenn ja, bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_
12. Hat Ihr Kind gekrabbelt      ja       nein
13. Wann konnte Ihr Kind ohne Hilfe sitzen?      mit etwa 6 Monaten       später
14. Wann konnte es alleine laufen?      mit etwa 1 Jahr       später
15. Ist Ihr Kind körperlich geschickt (kann es gut laufen, klettern, turnen)?      ja       nein
16. Ist es mit den Händen geschickt (z.B. beim Basteln, Malen)?      ja       nein
17. Fällt Ihr Kind oft hin?      nein       ja

18. Kann es einen Ball fangen? ja  nein
19. Kann es Dreirad fahren  Roller fahren  Fahrrad fahren
20. Mag es schaukeln? ja  nein
21. Sind Ihrem Kind Berührungen angenehm? ja  nein
22. Kann es sich längere Zeit mit einer Sache allein beschäftigen? ja  nein
23. Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten? \_\_\_\_\_
24. Hat es Spielgefährten? ja  nein   
Sind die Spielgefährten meist in seinem Alter  jünger  älter
25. Wie reagiert es auf fremde Kinder? \_\_\_\_\_
26. Wie reagiert es auf fremde Erwachsene? \_\_\_\_\_
27. Vermuten Sie eine Schwerhörigkeit bei Ihrem Kind? nein  ja   
Vermutet jemand anderes eine Schwerhörigkeit bei Ihrem Kind? Wenn ja, wer: \_\_\_\_\_
28. Führt Ihr Kind einfache Aufträge richtig aus? (z.B. hole den Ball) ja  nein
29. Führt Ihr Kind komplexe Aufträge richtig aus? (z.B. geh in die Küche und hole einen Löffel aus der Schublade) ja  nein
30. Müssen Sie Gestik und Mimik einsetzen, damit Ihr Kind sie richtig versteht? nein  ja
31. Fragt Ihr Kind häufig nach? nein  ja
32. Wann sprach Ihr Kind sein aller erstes Wort (Mama, Papa, da)?  
als es anfang zu laufen  sehr viel früher  sehr viel später
33. Wann fing es an, längere Sätze zu sprechen? \_\_\_\_\_
34. Spricht Ihr Kind deutlich? ja  nein
35. Kann Ihr Kind Erlebtes gut erzählen? ja  nein
36. Spricht Ihr Kind gern und viel? ja  nein
37. Hat Ihr Kind gestottert? nein  vorübergehend  immer noch
38. Sind neben den Vorsorgeuntersuchungen noch andere Untersuchungen bei anderen Institutionen erfolgt? nein  ja   
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
39. Hatte Ihr Kind HNO-Erkrankungen oder Operationen? nein  ja   
Wenn ja, welche/wann: \_\_\_\_\_
40. Welche anderen Krankheiten / Unfälle hatte Ihr Kind? \_\_\_\_\_
41. Braucht Ihr Kind eine Brille? nein  ja
42. Hat/hatte Ihr Kind zusätzliche Frühförderung? nein  ja   
Wenn ja, welche/wann: \_\_\_\_\_  
Frühförderung? \_\_\_\_\_ Logopädie? \_\_\_\_\_  
Krankengymnastik? \_\_\_\_\_ Ergotherapie? \_\_\_\_\_

43. Geht (ging) Ihr Kind in einen Kindergarten? ja  nein   
 Wenn ja, ab welchem Alter? \_\_\_\_\_
44. Besucht/e Ihr Kind die Vorschule? ja  nein
45. Wenn Ihr Kind die Schule besucht, in welchem Alter wurde es eingeschult? \_\_\_\_\_
46. Welche Klasse besucht es jetzt? \_\_\_\_\_ Schulart: \_\_\_\_\_
47. Wie schätzen Sie seine Schulleistungen ein?
- |           |                           |                              |                                |
|-----------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Lesen     | gut <input type="radio"/> | mittel <input type="radio"/> | schlecht <input type="radio"/> |
| Schreiben | gut <input type="radio"/> | mittel <input type="radio"/> | schlecht <input type="radio"/> |
| Rechnen   | gut <input type="radio"/> | mittel <input type="radio"/> | schlecht <input type="radio"/> |
| Turnen    | gut <input type="radio"/> | mittel <input type="radio"/> | schlecht <input type="radio"/> |
48. Gibt es Schwierigkeiten in der Schule? nein  ja   
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
49. Möchten Sie etwas lieber schriftlich statt im Gespräch mit Ihrem Kind mitteilen? nein  ja   
 (z.B. Schwierigkeiten oder auch besondere Begabungen und Fähigkeiten)
- 
50. Gibt es in der Herkunftsfamilie des Vaters Hör- oder Sprachstörungen? nein  ja   
 Wenn ja, welche \_\_\_\_\_
51. Gibt es in der Herkunftsfamilie der Mutter Hör- oder Sprachstörungen? nein  ja   
 Wenn ja, welche \_\_\_\_\_
52. Geschwister des Kindes: Name /Alter /evtl. Probleme
1. Geschwisterkind: \_\_\_\_\_
2. Geschwisterkind: \_\_\_\_\_
3. Geschwisterkind: \_\_\_\_\_
53. Leben die Eltern zusammen? ja  nein   
 Alter der Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ z.Zt. berufstätig? ja  nein   
 Alter des Vaters: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ z.Zt. berufstätig? ja  nein
54. Wer lebt noch mit in der Familie? \_\_\_\_\_
55. Welche Sprache/n wird/ werden in der Familie gesprochen? \_\_\_\_\_
56. Wie ist die Beziehung des Kindes zur Mutter? \_\_\_\_\_
57. Wie ist die Beziehung des Kindes zum Vater? \_\_\_\_\_
58. Wie ist die Beziehung des Kindes zu seinen Geschwistern? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für die sorgfältige Beantwortung aller Fragen!**