



Praxis
Sabine Berndt
Heilpraktikerin (Psychotherapie)
LOVT/TeBa-Lehrtherapeutin • Tiergestützte Pädagogik
Mühlweg 13 • 82398 Etting • Tel +49 8802 9137531
praxis@lovt-teba-berndt.de • www.lovt-teba-berndt.de

Fragebogen zur Vorgeschichte und Entwicklung des Kindes

A. Personalien

Familienname des Kindes, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Straße, Hausnummer _____

Telefon _____ Mobil-Nr. _____ E-Mail _____

Name der Mutter _____ Geburtsdatum _____

Name des Vaters _____ Geburtsdatum _____

Anschrift (bitte nur ausfüllen, wenn sich die Anschrift eines oder beider Elternteile von der Anschrift des Kindes unterscheidet)

Postleitzahl, Wohnort _____ Straße, Hausnummer _____

Telefon _____ Mobil-Nr. _____ E-Mail _____

Postleitzahl, Wohnort _____ Straße, Hausnummer _____

Telefon _____ Mobil-Nr. _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____ Hauptversicherter _____

Versicherungsnummer _____

Anschrift _____

B. Vorstellungsgrund

Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen;
was sind Ihre aktuellen Sorgen?

In welchem Alter Ihres Kindes machten Sie sich
erstmals Sorgen und warum?

Wem sind die Schwierigkeiten/Besonderheiten
zuerst aufgefallen und wo sind sie zuerst
aufgetreten?

Wie stark belastet das Problem/Schwierigkeit
die Familie derzeit? (Zutreffendes bitte
ankreuzen)

	Mutter	Vater
Gar nicht		
Gering		
Mittelstark		
Sehr stark		

Welche Hilfen für Ihr Kind/Ihre Familie
erwarten Sie von uns; was soll sich bei Ihrem
Kind/Ihrer Familie verändern?

Wer hat Ihnen LOVT/TeBa empfohlen?

Wurde Ihr Kind schon wegen dieser Probleme oder
anderer Fragestellungen in anderen Einrichtungen
untersucht und/oder behandelt?

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Einrichtung, den
Untersuchungszeitraum und den Anlass der
Untersuchung an

Name, Adresse, Telefonnummer

Kinderarzt

Krankenhaus/Kinderklinik

Kinderklinik

Psychosomatische Klinik

Psychiatrie

Andere Sozialpädiatrische Zentren

Augenarzt

HNO-Arzt

Frühberatung

Erziehungsberatung

Psychologische Praxis

Ergotherapeutische Praxis

Logopädische Praxis

Physiotherapeutische Praxis

Osteopathie

Manualtherapie

Homöopathie

Jugendamt

Sozialamt

Sonstiges

Wird Ihr Kind zurzeit medikamentös behandelt?

Nein

Ja

Wenn ja, welche Medikamente:

Wurde Ihr Kind in der Vorgeschichte medikamentös behandelt?

Nein

Ja

Wenn ja, mit welchen Medikamenten

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

Ja

Nein

Wenn ja, wann, wo, weshalb

C. Entwicklungsverlauf

Schwangerschaftsverlauf

Erfolgte eine Behandlung wegen Unfruchtbarkeit?

Ja Nein

Wenn ja, welche Behandlung kam zum Einsatz

IVF ICSI

Andere

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Blutungen

Schwangerschaftserbrechen

Erhöhter Blutdruck

Geschwollene Beine (Ödeme)

Eiweiß im Urin

Stress oder seelische Belastung

Unfälle/Krankenhausaufenthalte

Operationen

Infektionskrankheiten (Grippe, Fieber)

Vorzeitig einsetzende Wehen

Andere

Hat die Mutter in der Schwangerschaft geraucht?

- Ja Nein

Wenn ja, täglich _____ Zigaretten

Hat die Mutter während der Schwangerschaft alkoholische Getränke konsumiert?

- Ja Nein

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche und warum?

War die Schwangerschaft geplant?

- Ja Nein

Geburt

Wann war die Geburt Ihres Kindes?

- Vor dem errechneten Termin
(____ Tage ____ Wochen zu früh)
 Rechtzeitig am errechneten Termin
 Nach dem errechneten Termin
(____ Tage ____ Wochen zu spät)

Wo kam Ihr Kind zur Welt?

- Im Krankenhaus Adresse

- zu Hause

- Geburtshaus Adresse

Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt?

- Ja Nein
 Langdauernde Geburt
 Langdauernde Presswehen
 Blasensprung oder Fruchtwasserabgang länger als 6 Stunden vor der Geburt
 Nabelschnurvorfal oder

Nabelschnurumschlingungen

- Schlechte Herztöne des Kindes
 Falsche Lage des Kindes (z.B. Beckenendlage, Querlage, Gesichtslage)
 Kaiserschnitt
 Geburtszange
 Saugglocke

War die Nachgeburt (Plazenta) auffällig verändert?

- Ja

- Nein

Bestand eine Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaft?

- Nein
 Ja, das Kind war
 der erste Zwilling
 der zweite Zwilling

Geburtsgewicht _____ Gramm

Körperlänge _____ cm

Kopfumfang _____ cm

Apgarwerte _____ (siehe gelbes Heft)

Nabelschnur-pH _____ (siehe gelbes Heft)

Hat Ihr Kind nach der Geburt sofort geschrien?

- Ja Nein Weiß ich nicht

Wurde Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt?

- Ja Nein

- Wenn ja, in welche?

Wie lange und aus welchem Grund lag Ihr Kind nach der Geburt in der Klinik?

Ließ Ihr Kind einen Körperkontakt zu?

- Ja Nein

Ließ sich Ihr Kind durch Körperkontakt beruhigen?

- Ja Nein

Wurde Ihr Kind gestillt?

- Ja Nein

Wenn ja, wie lange?

Bis _____ Wochen/Monate

Wann erhielt Ihr Kind erstmals Breie?

Ab _____ Wochen/Monate

Wann gaben Sie zum ersten Mal feste Nahrung

Ab _____ Wochen/Monate

Gab es Umstellungsprobleme?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gab es Besonderheiten beim Essen?

- Lange Fütterungsdauer
 Abneigung gegen gewisse Speisen
Welche?

- Abneigung gegen feste Kost
 Vermehrtes Speicheln
 Erbrechen/Würgen
 Nahrungsverweigerung
 Saug-, Schluck- oder Kaustörungen
 Andere Auffälligkeiten

Traten in den ersten Lebenswochen folgende Probleme/Störungen auf?

Wenn ja, wie belastend waren diese Vorfälle für Sie als Eltern?

Problem/Störung	ja	nein	Belastungsstärke			
			Gar nicht	Gering	Mittelstark	Sehr stark
Gelbsucht						
Atemstörung						
Trinkschwäche						
Fütterstörungen						
Erbrechen						
Anhaltendes Schreien						
Schlafstörungen						
Krämpfe						
Sonstiges						

Entwicklungsbereiche

• Hören und Sehen

Wurde die **Sehfähigkeit** Ihres Kindes überprüft?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wann und von wem?

Trägt Ihr Kind eine Brille?

- Ja Nein
 Weitsichtigkeit Dioptrienzahl _____
 Kurzsichtigkeit Dioptrienzahl _____
 Wurde bei Ihrem Kind eine Schielbehandlung durchgeführt?
 Ja Nein
 Sonstiges
-
-

Wurde die **Hörfähigkeit** Ihres Kindes überprüft?

- Ja Nein

Wenn ja, wann

Befund auffällig? Ja Nein

Wenn ja, welcher Befund?

- Paukenergüsse
 Mittelohrentzündungen
 Gab es OPs im HNO-Bereich (bitte vorne auflühren)
 Auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung
 Sonstiges

• Schlaf

Wann geht Ihr Kind abends ins Bett?

_____ Uhr

Wann schläft Ihr Kind abends ein?

_____ Uhr

Wann steht es morgens auf?

_____ Uhr

Hat Ihr Kind Besonderheiten im Schlafverhalten?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Schläft es problemlos ein?
 Wacht es nachts auf?
 Alpträume

Sonstiges

Wo schläft Ihr Kind?

- Im eigenen Bett
 Im eigenen Zimmer
 Bei Eltern
 Bei Geschwistern
 Sonstiges

• Sauberkeit

Kotet Ihr Kind tagsüber ein?

- Ja Nein

Wenn ja, wie oft?

___ Tage/Woche

___ Tage/Monat

___ Mal/Tag

Kotet Ihr Kind nachts ein?

- Ja Nein

War Ihr Kind schon einmal sauber?

- Ja Nein

Wenn ja, in welchem Alter und wie lange?

Im Alter von ___ Jahren

bis zum Alter von ___ Jahren

Neigt Ihr Kind zur Verstopfung?

- Ja Nein

Kommt es bei Ihrem Kind zum Kotschmieren?

- Ja Nein

Nässt Ihr Kind tagsüber ein?

- Ja Nein

Wenn ja, wie oft?

___ Tage/Woche

___ Tage/Monat

___ Mal/Tag

Nässt Ihr Kind nachts ein?

- Ja Nein

Wenn ja, wie oft?

___ Nächte/Woche

___ Nächte/Monat

War Ihr Kind schon einmal trocken?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Alter und wie lange?

Im Alter von ___ Jahren

bis zum Alter von ___ Jahren

• **Motorische Entwicklung**

Hat Ihr Kind die Bauchlage in der Wachphase toleriert?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Alter?

Mit _____ Monaten/Jahren

Hat Ihr Kind die Rückenlage in der Wachphase toleriert?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Alter?

Mit _____ Monaten/Jahren

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Alter?

Mit _____ Monaten/Jahren

Wann konnte Ihr Kind frei stehen?

Mit _____ Monaten/Jahren

Wann konnte Ihr Kind frei laufen?

Mit _____ Monaten/Jahren

Zeigt Ihr Kind Besonderheiten beim Laufen (z.B. Zehenspitzenengang)?

Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Ist Ihr Kind sehr bewegungsfreudig?

Ja Nein

Vermeidet Ihr Kind Bewegungsaktivitäten?

Ja Nein

Zeigt Ihr Kind auffällige motorische Verhaltensweisen

Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Zeigt Ihr Kind Besonderheiten bei Berührungen, z.B.

Körperkontakt, Kleidung,

Essen, Materialien?

Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Zeigt Ihr Kind Besonderheiten in der Schmerzempfindung?

Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Zeigt Ihr Kind eine Bevorzugung für eine Hand?

Ja Nein Wenn ja, welche?

Seit wann? Ab _____ Monaten/Jahren

Hat Ihr Kind besondere Schwierigkeiten beim Malen und Basteln, z.B. Umgang mit Stift oder Schere?

Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Zeigt Ihr Kind Schwierigkeiten beim Hantieren mit Alltagsgegenständen,

z.B. Besteck, Spielmaterial

Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Kann Ihr Kind sich selbstständig anziehen

Ja Nein

Wenn ja, seit wann?

Mit _____ Monaten/Jahren

Zeigt Ihr Kind Besonderheiten bei Öffnen und Schließen von Verschlüssen, Knöpfen, Reißverschlüssen?

- Ja Nein

Wenn, ja bitte beschreiben Sie diese

• **Sprachentwicklung**

Zeigte Ihr Kind Auffälligkeiten beim Lautieren/Brabbeln im ersten Lebensjahr?

- Ja Nein

Wenn ja, hat es

- übermäßig viel lautiert ?
 übermäßig wenig lautiert?

Hat sich Ihr Kind im ersten Lebensjahr durch Gesten wie Zeigen mit dem Zeigefinger oder Winken mit der Hand mit Ihnen verständigt?

- Ja Nein

Wann sprach Ihr Kind erste Worte?

Mit _____ Monaten/Jahren

Wann sprach Ihr Kind die ersten Sätze (z.B. „Mama komm“ oder „Mama essen“)?

Mit _____ Monaten/Jahren

Schätzen Sie bitte, wie viele Wörter Ihr Kind schon sprechen kann:

- weniger als 20 Worte
 20 bis 50 Worte
 50 bis 200 Worte
 Über 200 Worte

Wie schätzen Sie das Sprachverständnis Ihres Kindes ein

Werden in Ihrer Familie noch andere Sprachen außer Deutsch gesprochen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wie gut kann Ihr Kind seine Muttersprache sprechen?

Wie gut kann Ihr Kind Deutsch sprechen?

Zeigte oder zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten in der Aussprache?

- Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Kann ein Fremder Ihr Kind verstehen?

- Ja Nein

Wenn nein, warum?

Treffen eine oder mehrere dieser sprachlichen Besonderheiten auf Ihr Kind zu?

- Ihr Kind nimmt bei Ansprache durch Sie keinen Blickkontakt auf
 Ihr Kind schaut Ihnen beim Sprechen nur wenig oder gar nicht in die Augen
 Ihr Kind reagiert nicht, wenn man es mit seinem Namen ruft
 Ihr Kind benutzt eine Art Eigensprache
 Ihr Kind spricht nur in bestimmten Situationen, obwohl es sprechen kann

Gibt es noch sonstige Besonderheiten in der Sprache Ihres Kindes?

- Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

• **Essen und Trinken**

Kann Ihr Kind alleine essen?

- Ja Nein

Kann Ihr Kind selbstständig mit Besteck essen?

- Ja Nein

Wenn ja, seit wann?

Mit _____ Monaten/Jahren

Wie lange braucht Ihr Kind für eine Mahlzeit?

_____ Minuten/Stunden

Isst Ihr Kind feste Kost?

- Ja Nein

Gibt es Besonderheiten beim Essen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte ankreuzen

- Es braucht beim Essen sehr lange
- Es ist wählerisch
- Es hat eine Abneigung gegen gewisse Nahrungsmittel

Welche?

- Es akzeptiert keine warmen Speisen
- Es akzeptiert keine kalten Speisen

E. Emotional-/Sozialverhalten

Wie ist die derzeitige Stimmungslage Ihres Kindes?

- Meist ausgeglichen
- Schwankend
- Weinerlich/traurig
- Fröhlich
- Ängstlich
- Zornig
- Überdreht
- Gleichgültig
- Sonstiges

Zeigt Ihr Kind ängstliche Verhaltensweisen?

- Ja Nein

Wenn ja	zu Hause	Kita/Hort/Schule
bei Trennung von Bezugspersonen (Mutter, Vater, sonstige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenüber vertrauten Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenüber fremden Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenüber Tieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenüber Gegenständen/Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges

Ergänzung

Zeigt Ihr Kind aggressive Verhaltenweisen?

- Ja Nein

Wenn ja gegenüber

	zu Hause	Kita/Hort/Schule
Kindern/Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges		

Ergänzung

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten im Sozialverhalten

- Ja Nein

Wenn ja gegenüber

	zu Hause	Kita/Hort/Schule
Kindern/Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welcher Art sind die sozialen Auffälligkeiten?		
Distanzlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheu/zurückhaltend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleibt gerne allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redet ununterbrochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wutanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steht gern im Mittelpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Dinge weg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	_____	_____
Ergänzung	_____	_____

Spielverhalten/Interessen

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne?

Wie lange verbringt Ihr Kind täglich vor dem TV?

Wie lange verbringt Ihr Kind täglich vor dem PC?

Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind am Stück mit einer Spielaktivität?

- Ausdauernd
- Bleibt nur kurz bei einer Sache

Spielt Ihr Kind gerne?

- Alleine
- Mit anderen Kindern
- Mit Erwachsenen
- Sonstiges

Beschreiben Sie weitere Interessen Ihres Kindes, z.B. Sportarten, Hobbies, Freizeitaktivitäten

Ist Ihr Kind Mitglied in einem Verein, einer Gruppe usw.?

- Ja
- Nein

Wenn ja, bitte angeben

Wie viele Freunde hat Ihr Kind?

- Keinen
- Einen
- Zwei bis Drei
- Vier und mehr

Wie oft in der Woche unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freunden?

- Nie
- Ein- bis zwei Mal
- ≥ Drei Mal

E. Kindergarten/Hort

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten/Hort?

- Ja
- Nein

Wenn ja, bitte Name und Adresse

Besuchszeiten

- Halbtags
- Ganztags

Erhält Ihr Kind im Kindergarten eine besondere Unterstützung, z.B. Integrationsmaßnahme, Integrationshelfer?

Wenn ja, welche?

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten im Kindergarten z.B. in den Bereichen Kontakt, Sprache, Spielverhalten, Konzentration?

Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte

Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit? Bitte geben Sie Namen und Adresse an.

In welche Klasse geht Ihr Kind?

Hat Ihr Kind eine Vorklasse besucht?

- Ja Nein

Hat Ihr Kind ein Schuljahr wiederholt?

- Ja Nein

Wenn ja, welches und warum?

In welchen Fächern ist Ihr Kind gut?

In welchen Fächern hat Ihr Kind

Probleme/Lernschwierigkeiten?

Bitte beschreiben

Sind Sie mit den Schulleistungen Ihres Kindes zufrieden?

- Ja Nein

Wenn nein, bitte begründen

Erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig?

- Ja Nein

Wenn nein, mit wem?

Beobachten Sie bei Ihrem Kind Auffälligkeiten in der Hausaufgabensituation?

(Z.B. hohe Ablenkbarkeit, motorische Unruhe, Weigert sich, mit den Hausaufgaben zu beginnen)

- Ja Nein

Sonstiges

Wie lange dauern die Hausaufgaben?

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten im Lern- und Konzentrationsverhalten in der Schule?

- Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese

Ist Ihr Kind in die Klasse integriert?

- Ja Nein

Wenn nein, warum nicht

Gibt es oft Streit mit Mitschülern?

- Ja Nein

Wenn ja, warum

Hat Ihr Kind oft Konflikte mit den Lehrern?

- Ja Nein

Wenn ja, welche

Bitte Schulbericht und letztes Zeugnis beifügen!

F. Familiensituation

Die Eltern sind

- Verheiratet
- Zusammen lebend
- Getrennt lebend seit
- Geschieden seit
- Allein erziehend
- Sonstiges

Wer hat das Sorgerecht?

- Mutter
- Vater
- Institution

Sonstige

Das Kind lebt bei

- Leibliche Eltern seit _____
- Mutter seit _____
- Vater seit _____
- Pflegeeltern seit _____
- Adoptiveltern seit _____
- Großeltern seit _____
- Institution

Wer betreut das Kind sonst noch?

Welche zusätzlichen Hilfen erhalten Sie?

- Jugendamt
- Sozialamt
- Versorgungsamt
- Agentur für Arbeit
- Sonstige

	Mutter	Vater
Schulabschluss		
Erlerner Beruf		
Jetzige Tätigkeit		
Staatsangehörigkeit		
Herkunftsland		
Religionszugehörigkeit		

Sind die Eltern miteinander verwandt?

- Ja Nein

Geschwister (bei einem Pflegekind siehe Seite 3!)

	Vorname	Geburtsdatum	Schule/Beruf	Auffälligkeiten	Sonstige Anmerkungen
1. Geschwister					
2. Geschwister					
3. Geschwister					
4. Geschwister					
5. Geschwister					
6. Geschwister					

Sind Kinder verstorben?

- Ja Nein

Wenn ja, wissen Sie warum?

Hatte die Mutter Fehl/Totgeburten?

- Ja Nein

Gibt es in Ihrer Familie derzeit ungewöhnliche Belastungsfaktoren (z.B. Arbeitslosigkeit eines oder beider Elternteile, schwere Erkrankungen oder Tod eines oder mehrerer Familienmitglieder, außergewöhnliche finanzielle Belastungen)?

- Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben

Wer von den erziehenden Personen hat den größten Einfluss auf Ihr Kind?

- Vater
 Mutter
 Sonstige

Beschreiben Sie bitte kurz Ihr Erziehungsverhalten gegenüber Ihrem Kind

Unterscheiden sich Vater und Mutter hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen/ -methoden?

- Ja Nein

Wenn ja, bitte Unterschiede beschreiben

Wie reagiert Ihr Kind auf Regeln, Grenzen, Verbote? Bitte schildern Sie kurz das Verhalten Ihres Kindes in solchen Situationen

Fragebogen ausgefüllt von

Name _____

Vorname _____

Name _____

Vorname _____

Datum _____

Unterschrift beider Eltern / Sorgerechtsbefugten

1. _____

2. _____

Hinweis: Die Unterschrift beider Eltern u/o Sorgerechtsbefugten ist aus rechtlichen Gründen erforderlich!