

Name des Patienten:

Familie

<i>Leibliche Eltern</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<i>Beziehungsstatus der Eltern</i>	verheiratet seit:
	getrennt seit:
	geschieden seit:
<i>Geschwister:</i>	Name:
	Geb.-Datum:
	Schulbildung:
	jetzige Tätigkeit oder Schulform:

Zur Entwicklung des Kindes: Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindalter

<i>Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?</i>		
<i>Erfolgte die Geburt termingerecht?</i>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Zeitabweichung:
<i>Gab es Probleme/Komplikationen bei der Geburt? (z.B. Lageabweichung, Nabelschnurumschlingung, Saugglocke, etc.)</i>		
<i>Wann konnte Ihr Kind frei laufen?</i>	Mit Monaten	
<i>Wann konnte das Kind sprechen?</i>	Mit Monaten	
<i>Wann war Ihr Kind sauber?</i>	Mit Monaten	
<i>Gab es Auffälligkeiten/ Probleme in den ersten drei Lebensjahren? (z.B. Krankheiten, Trennungen, Entwicklungsverzögerungen, Bewegungs- oder Sprachauffälligkeiten)</i>		

Name des Patienten:

--

Kindergarten

Besucht(e) Ihr Kind einen Kindergarten?	Ja, früher <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, aktuell <input type="checkbox"/>
Gab/Gibt es Auffälligkeiten beim Besuch des Kindergartens? (z.B. Trennungsangst, Kontakt-/Spielstörungen, Aggressionen etc.)	

Schulbesuch

<i>Wurde Ihr Kind fristgerecht eingeschult?</i>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
<i>Welche Schulen hat Ihr Kind bisher besucht?</i>	Schulform (Grundschule, Förderschule):	Name der Schule:
<i>In welche Schule geht Ihr Kind zurzeit?</i>	Schulform (Grundschule, Förderschule):	Name der Schule:
<i>Name der Lehrkraft</i>		
<i>Gibt es Probleme/Auffälligkeiten in der Schule?</i> (z.B. Aggressionen/ schlechtes Betragen, Leistungsschwierigkeiten, Kontaktstörungen, Konzentrationsstörungen, Hyperaktivität, Schulverweigerung/ Schulangst, etc.)		
<i>Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben?</i> <i>Wenn ja, welche?</i>		