



Schwangerschaft

Regelmäßige Medikamenteneinnahme / Grunderkrankung der Mutter?

nein	ja
------	----

Akute oder chronische Infektionen während der Schwangerschaft?

nein	ja
------	----

Regelmäßiger Konsum von Zigaretten, Alkohol oder anderen Substanzen?

nein	ja
------	----

Geburt

Schwangerschaftswoche: _____

O spontan O Vakuum-Extraktion O Kaiserschnitt/Sektio

Wenn Kaiserschnitt/Sektio: *O wegen des Kindes O wegen der Mutter*

Andere Probleme? Kinderärztliche Behandlung bei / nach der Geburt nötig?

nein	ja
------	----

Vorerkrankungen

Wenn ja, welche: _____

nein	ja
------	----

regelmäßige Medikamenteneinnahmen?

nein	ja
------	----

Wenn ja welche: _____

Operationen

Wenn ja, welche: _____

nein	ja
------	----

Krankenhausaufenthalte

Wenn ja, wann und wo: _____

nein	ja
------	----

Allergien

Wenn ja, welche: _____

nein	ja
------	----

Gab/ Gibt es Auffälligkeiten bei der Entwicklung...

Motorik (Drehen, Krabbeln, Laufen, Feinmotorik)

nein	ja
------	----

Sprache (erstes Lautieren/Brabbeln/ erste Worte, Mehrwortsätze)

nein	ja
------	----

Wahrnehmung (Hören, Sehen, reaktives Lächeln...)

nein	ja
------	----

frühere Therapien: *O Ergotherapie O Logopädie O Physiotherapie*

nein	ja
------	----

Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Familie chronische Erkrankungen?

nein	ja
------	----

Gibt es Familienmitglieder mit Allergien (Heuschnupfen, Hausstaubmilben etc.)?

nein	ja
------	----

Sozialanamnese

Hat Ihr Kind (Halb-) Geschwister?

nein	ja
------	----

Lebt Ihr Kind mit beiden Elternteilen zusammen?

ja	nein
----	------

Besteht gemeinsames Sorgerecht?

ja	nein
----	------

In welche Schule geht ihr Kind? _____

Und Klasse ? _____

Wenn kein Schulkind: Geht Ihr Kind in eine Kindertagesstätte/ zur Tagesmutter/-vater?

nein	ja
------	----

Gab/ Gibt es Schwierigkeiten/ Probleme in der Kindertagesstätte/ Schule?

nein	ja
------	----

Besondere psychische oder soziale Belastungen in der Familie?

nein	ja
------	----

Sonstiges, das Ihnen Sorgen macht bzw. Sie gerne besprechen möchten: