



## INFORMATIONSBOGEN

### INFORMATIONEN ZUM KIND/JUGENDLICHEN

Name: ..... Geburtstag: ..... Geschlecht: .....

#### SEHR GEEHRTE ELTERN,

für eine erfolgreiche Behandlung bitten wir Sie, uns vorab einige Informationen zu geben. Bitte beschreiben Sie kurz, was Sie in unsere Praxis geführt hat und welche Hilfe Sie sich zunächst wünschen:

---

---

---

---

---

#### BEI WEM LIEGT DAS SORGERECHT?

- beide Eltern     ein Elternteil \_\_\_\_\_
- Jugendamt (Ansprechpartner) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

# I. SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND SÄUGLINGSZEIT

## 1. GAB ES IM SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF KOMPLIKATIONEN?

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

## 2. GAB ES WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT SCHÄDIGENDE EINFLÜSSE (Z.B. RAUCHEN, ALKOHOL, ERKRANKUNGEN, MEDIKAMENTENEINNAHME)?

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

## 3. ZUR GEBURT

Alter der Mutter bei Entbindung

Jahre

Geburtsstermin

Geburt in der  
\_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht

\_\_\_\_\_ g

Körperlänge bei Geburt

\_\_\_\_\_ cm

Brutkasten

Geburtsverlauf

ungestört

verlängert

Sturzgeburt

Kaiserschnitt

Nabelschnurumschlingung

Zange

Vakuum/Saugglocke

Sauerstoffmangel

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4. GAB ES KOMPLIKATIONEN NACH DER GEBURT?

Krankenhausaufenthalte des Kindes

nein

wenn ja, wegen? \_\_\_\_\_

---

Depression der Mutter nach der Geburt  nein  ja

## 5. PROBLEME IN DER SÄUGLINGSZEIT (0-12 MONATE)

Hat das Kind viel geschrien?

nein

ja

Gab es Schlafprobleme?

nein

ja

Gab es Fütterprobleme?

nein

ja

Sonstiges

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 6. MOTORIK UND SPRACHE

### GROBMOTORIK

- normal
- auffällig \_\_\_\_\_

---



---



---

Laufalter  Monate

### FEINMOTORIK

- normal
- auffällig \_\_\_\_\_

---



---



---

### SPRACHE

- normal
- auffällig \_\_\_\_\_

---



---



---

Erste Worte  Monate

## 7. SAUBERKEIT

Ist Ihr Kind nachts und tagsüber trocken und sauber?

- ja, seit einem Alter von  Jahren
- wenn nein, welche Probleme gibt es und in welcher Häufigkeit? \_\_\_\_\_

---

## 8. GIBT ES AUFFÄLLIGKEITEN IN DER

### HÖRFÄHIGKEIT?

---



---



---

## 9. GIBT ES AUFFÄLLIGKEITEN IN DER

### SEHFÄHIGKEIT?

---



---



---

## 10. WELCHE FÖRDERMAßNAHME ODER THERAPIE ERHIELT/ERHÄLT IHR KIND?

- Ergotherapie
- Logopädie
- Physiotherapie
- Psychologische Beratung/Erziehungsberatung
- Frühförderstelle
- (Schul-) psychologische Testungen > Ergebnis: \_\_\_\_\_

---



---



---

- Sonstiges

FALLS IHR KIND NOCH NICHT DIE SCHULE BESUCHT, BITTE AUF DER NÄCHSTEN SEITE FORTFAHREN

11. WURDE IHR KIND ZURÜCKGESTELLT?

- nein
- wenn ja, weil \_\_\_\_\_

12. BISHERIGER SCHULVERLAUF

13. DAS KIND BESUCHT ZURZEIT

Besuch der

- Grundschule
- Mittelschule
- Realschule
- Gymnasium
- Klassenwiederholungen
- Sonstiges

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besuch einer Förderschule  
welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_

Besuch der

- Förderschule
- Realschule
- Grundschule
- Gymnasium
- Mittelschule
- Klassenstufe
- Ausbildung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstiges

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aktueller Leistungsstand

Deutsch  Mathe  Englisch  HSU

14. HAT IHR KIND SPEZIELLE SCHULLEISTUNGSSCHWIERIGKEITEN (RECHTSCHREIBEN/LESEN/RECHNEN)?

- nein
- wenn ja, in welchen Bereichen liegen die Probleme? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. WIE LANGE DAUERN ÜBLICHERWEISE DIE HAUSAUFGABEN?  Stunden



16. GAB ES SEIT DER GEBURT IHRES KINDES VERÄNDERUNGEN, DIE FÜR IHR KIND BEDEUTSAM GEWESEN SEIN KÖNNTEN (Z.B. TRENNUNGEN, TODESFÄLLE, UMZÜGE, ERKRANKUNGEN, KINDERGARTEN- ODER SCHULWECHSEL)?

- nein
- wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

17. GIBT ODER GAB ES ENTWICKLUNGSAUFFÄLLIGKEITEN, PSYCHIATRISCHE ODER NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN IN DEN FAMILIEN VÄTERLICHER- ODER MÜTTERLICHERSEITS?

- väterlicherseits \_\_\_\_\_
- mütterlicherseits \_\_\_\_\_

18. ELTERN

<b>VATER</b>	<b>ALTER</b> <input style="width: 50px;" type="text"/>
Name _____	
_____	
Schulabschluss _____	
_____	
Beruf _____	
_____	
berufstätig	
<input type="radio"/> ja, Stundenumfang/Woche	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="radio"/> Schichtdienst	
<input type="radio"/> nicht berufstätig	

<b>MUTTER</b>	<b>ALTER</b> <input style="width: 50px;" type="text"/>
Name _____	
_____	
Schulabschluss _____	
_____	
Beruf _____	
_____	
berufstätig	
<input type="radio"/> ja, Stundenumfang/Woche	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="radio"/> Schichtdienst	
<input type="radio"/> nicht berufstätig	

19. GIBT ES IN DER FAMILIE EINEN MIGRATIONSHINTERGRUND?

- nein
- ja, welches Familienmitglied? Seit wann in Deutschland? Aus welchem Ursprungsland?

20. HAT IHR KIND GESCHWISTER (ODER HALBGESCHWISTER)?

- nein
- ja, bitte angeben: Name, Geschlecht (m/w), Alter, Schulart, Ausbildung, Beruf, ggf. Erkrankungen

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

## 21. BEI WEM LEBT DAS KIND?

### FAMILIE

- bei den leiblichen Eltern  
 bei der Mutter       Trennung, wann?       ggf. Scheidung, wann?       aktueller Lebensgefährte  
 beim Vater       aktuelle Lebensgefährtin

Welche Besuchsregelung?

Sonstige Besonderheiten bei der Wohnsituation?

### SONSTIGE

- |   |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|
| <input type="radio"/> in einer Pflegefamilie  | seit wann            | Name der Familie     |
|   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> in einem Heim           | seit wann            | Name des Heims       |
|   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> in einer Adoptivfamilie | seit wann            | Name der Familie     |
|   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Weiß Ihr Kind von der Adoption?

- ja     nein

## 22. BETREUUNGSSITUATION

Fremdbetreuung, seit wann (Lebensalter)?

Durch wen?	Name der Einrichtung	Von wann bis wann?
<input type="radio"/> Kinderkrippe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Tagesmutter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Kindergarten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Förderkindergarten/SVE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Mittagsbetreuung/HPT	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> andere Bezugspersonen (z.B. Großeltern)	<input type="text"/>	<input type="text"/>



23. HAT IHR KIND KONZENTRATIONSPROBLEME?

- nein  
 wenn ja, wie machen sich diese bemerkbar? \_\_\_\_\_

---

24. IST IHR KIND HÄUFIG SEHR UNRUHIG, UNGEDULDIG ODER IMPULSIV?

- nein  
 wenn ja, wie/in welchen Situationen macht sich das bemerkbar? \_\_\_\_\_

---

25. HAT IHR KIND SOZIALE PROBLEME?

- nein  
 wenn ja, welche (z.B. aggressiv, unsicher, Außenseiter, wenig Freunde o.ä.)? \_\_\_\_\_

---

26. IST IHR KIND HÄUFIG ÄNGSTLICH?

- nein  
 wenn ja, wovor oder in welchen Situationen zeigt sich dies? \_\_\_\_\_

---

27. IST IHR KIND HÄUFIG NIEDERGESCHLAGEN, UNGLÜCKLICH, WEINT ES OFT?

- nein  
 wenn ja, kennen/vermuten Sie den Grund? \_\_\_\_\_

---

28. IST IHR KIND HÄUFIG WÜTEND?

- nein  
 wenn ja, in welcher Situation? \_\_\_\_\_

---

29. ZEIGT IHR KIND VERHALTENSWEISEN, DIE IHNEN „ZWANGHAFT“ VORKOMMEN (Z.B. BESTIMMTE DINGE MÜSSEN IHREN GENAUEN PLATZ HABEN, HÄUFIGES HÄNDEWASCHEN, KONTROLLE VON SCHALTERN O.Ä.)?

- nein  
 wenn ja, welche Verhaltensweisen finden Sie auffällig? \_\_\_\_\_

---

30. HABEN SIE AN IHREM KIND BEWEGUNGEN ODER LAUTE BEOBACHTET, DIE WIE EIN „TIC“ WIRKEN UND DIE IHR KIND NICHT ZU KONTROLLIEREN VERMAG (Z.B. „ZUCKEN“ IM GESICHT, KOPFBEWEGUNGEN, SCHNÜFFELN ODER RÄUSPERN O.Ä.)?

- nein  
 wenn ja, welche Bewegungen oder Laute treten auf? \_\_\_\_\_

---



31. GAB/GIBT ES VORERKRANKUNGEN (Z.B. DIABETES, ASTHMA, EPILEPSIE, NAHRUNGSUNVERTRÄGLICHKEITEN, ALLERGIEN)?

nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

32. NIMMT IHR KIND REGELMÄßIG MEDIKAMENTE EIN?

nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

33. GAB ES BEI IHREM KIND IRGENDWANN EINMAL EINEN KLINIKAUFENTHALT, Z.B. WEGEN EINES UNFALLS, EINER OPERATION, EINER SCHWEREN ERKRANKUNG?

nein

wenn ja, wann, wie lange und warum? \_\_\_\_\_

---

---

---

34. GIBT ES BESONDERHEITEN BEIM

ESSVERHALTEN?  nein

wenn ja, welche?

SCHLAF?  nein

wenn ja, welche?

ANTRIEB?  nein

wenn ja, welche?

---

---

GIBT ES KÖRPERLICHE BESCHWERDEN?

Bauchschmerzen

Übelkeit

Kopfschmerzen

Rückenschmerzen

Sonstiges

---

---

---

---

## VIII. FREIZEITGESTALTUNG



35. WOMIT VERBRINGT IHR KIND GERNE ZEIT?

---

---

36. BESTEHT EINE REGELMÄßIGE FREIZEITAKTIVITÄT (Z.B. IM VEREIN O.Ä.)?

---

---

37. WIE OFT TRIFFT SICH IHR KIND IN DER WOCHE SCHÄTZUNGSWEISE MIT FREUNDEN?

---

---

38. WOMIT VERBRINGEN SIE MIT IHREM KIND GEMEINSAME ZEIT?

---

---

39. WELCHE ELEKTRONISCHEN MEDIEN (FERNSEHEN/PC/TABLET/SPIELKONSOLEN ETC.) NUTZT IHR KIND, WIE LANGE?

---

---

## IX. STÄRKEN IHRES KINDES



40. WAS SCHÄTZEN SIE AN IHREM KIND?

---

---

---

---



41. WAS SCHÄTZEN FREUNDE/INNEN AN IHREM KIND?

---

---

## ANMERKUNGEN

Gibt es etwas, was Sie uns nach der Bearbeitung dieses Informationsbogens noch mitteilen wollen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WIR FREUEN UNS AUF IHR KOMMEN.



**meditz**

Medizinisches Diagnostik- und  
Therapiezentrum Würzburg

Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Psychiatrie  
Psychotherapie  
Neurologie

Frankfurter Straße 15a  
97082 Würzburg  
Telefon 0931 – 322 966  
Telefax 0931 – 322 968 8



[www.meditz-wuerzburg.de](http://www.meditz-wuerzburg.de) | [praxis@meditz.org](mailto:praxis@meditz.org)