

Fragebogen

für _____
geb. _____

Liebe Eltern

Besten Dank für Ihr Interesse an meinem Therapieangebot. Um ein ganzheitliches Bild Ihres Kindes machen zu können stelle ich Ihnen diesen Fragebogen zu. Ich bitte Sie, ihn möglichst exakt auszufüllen. Sollten gewisse Fragen noch nicht zutreffen, können Sie diese einfach leer lassen.

Gewiss wird diese Arbeit einige Zeit in Anspruch nehmen, aber nur so ist es möglich, aus den unzähligen oft kleinen Beobachtungen und Ereignissen, die Sie gemacht haben, ein möglichst umfassendes Bild Ihres Kindes zu bekommen.

Bei Fragen, die im 1. Teil mit Ja beantwortet werden, bitte ich Sie, die entsprechenden Ergänzungen und Präzisierungen hinzuschreiben.

Die Fragen im 2. Teil beantwortet das Kind. Wenn es schon lesen und schreiben kann, dann wäre es am besten, wenn es dies alleine tut. Ansonsten bitte ich Sie, ihm die Fragen vorzulesen und für Ihr Kind als „Schreiber/in“ zu helfen.

Ich bitte Sie, mir den Fragebogen – zusammen mit allfälligen Berichten und Kopien von anderen Ärzten, Spital, Therapien oder schulpsychologischen Diensten etc. zuzustellen entweder per Post an Rahel Heller-Schmid, Schächli 8, 6170 Schüpfheim oder per Mail an move6170@gmail.com

Freundliche Grüsse

Rahel Heller-Schmid

TEIL 1

ANGABEN ZU FAMILIE UND ENTWICKLUNG

Anmeldung für: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Eltern e-mail: _____

Name des Vaters: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

erreichbar unter Tel-Nr. _____

Name der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

erreichbar unter Tel-Nr. _____

Geschwister

Namen Ihrer Kinder

Geburtsdatum

AKTUELLE FRAGESTELLUNGEN / PROBLEMBEREICHE

1. Beschreiben Sie die momentanen Probleme / Schwierigkeiten Ihres Kindes (zu Hause, Schule, Kindergarten etc.) und bewerten Sie deren Schwere (1 = kaum wahrnehmbar, 10 = stark beeinträchtigend)

_____ / 10

_____ / 10

_____ / 10

_____ / 10

_____ / 10

2. Wurde Ihr Kind, bezüglich der oben aufgelisteten Probleme von Fachpersonen untersucht und Diagnosen gestellt (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Sprach- oder Sprechstörungen, Entwicklungsverzögerungen, Leserechtschreibschwäche, Dyskalkulie, Teilleistungsschwächen, etc.)? JA NEIN

3. Welche Therapien wurden bisher mit welchem Erfolg durchgeführt?

4. Sind bei Ihnen oder in Ihren Familien Lernstörungen oder psychosomatische Beschwerden wie z.B. Migräne, Asthma, Allergien, Neurodermitis oder Lebensmittelunverträglichkeiten aufgetreten? JA NEIN

5. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? JA NEIN
Falls ja, bitte Dosis und Einnahmezeiten auflisten.

Medikament, Dosis, Zeit/en _____

6. Was am Verhalten beziehungsweise an der Entwicklung Ihres Kindes empfinden Sie anders im Vergleich zu Geschwistern oder anderen Kindern?

Schreibhand des Kindes _____

Zusätzliche Informationen

SCHWANGERSCHAFT, GEBURT, KLEINKINDERZEIT

7. Hatten Sie medizinische Probleme, als Sie mit Ihrem Kind schwanger waren, (z.B. Bluthochdruck, übermäßiges Erbrechen, vorzeitige Wehen, Blutungen, chronische oder akute Erkrankungen o.a.)? JA NEIN

8. Standen Sie während ihrer Schwangerschaft, unter starkem emotionalen Stress (z.B. beruflicher Stress, Beziehungsstress, Tod oder Krankheit eines Familienangehörigen, Umzug, vorangegangene Fehlgeburten)? JA NEIN

9. Wurden diagnostische Verfahren durchgeführt? (Ultraschall, Fruchtwasserpunktion, Amniozentese o.ä.) JA NEIN

10. Erfolgte vor oder während der Schwangerschaft eine Behandlung mit Hormonen? JA NEIN

11. Wurde Ihr Kind früher oder später (plus/minus 14 Tage) als zum errechneten Geburtstermin geboren? JA NEIN

12. War der Geburtsverlauf ungewöhnlich oder besonders schwierig (eingeleitete Wehen, Einsatz von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln, Beckenendlage des Kindes, Vorfall der Nabelschnur, Einsatz von Zange oder Saugglocke, Kaiserschnitt, verlängerte Austreibungs- oder Pressphase, Sturzgeburt o.a.) ?

JA NEIN

Geburtsmasse Ihres Kindes :

Gewicht: _____ gr Grösse: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

APGAR Werte (siehe Mutterpass): _____ / _____ / _____

13. Gab es nach der Geburt Besonderheiten bei Ihrem Kind (Schädelverformung, Blutergüsse oder andere Verletzungen, Nabelschnur um den Hals, Haut deutlich blau, starke Lanugo-Behaarung, auffällig viel Käseschmiere, Kindspech, schwere Neugeborenenengelbsucht o.a.) ?

JA NEIN

14. Wurde Ihr Kind nach der Entbindung von Ihnen getrennt?

JA NEIN

15. Brauchte Ihr Kind nach der Entbindung Intensivpflege?

JA NEIN

Zusätzliche Angaben zu Schwangerschaft und Geburt (beispielsweise besondere Lebensumstände, Stressfaktoren, chronische Erkrankungen, Allergien, Einnahme von Medikamenten, Konsum von Nikotin/Alkohol usw.)

16. Gab es in den ersten 3 Lebensmonaten Still- oder Trinkprobleme? Beispielsweise Schwierigkeiten mit Ansetzen (ev. nur auf einer Seite), Erbrechen von Nahrung etc.) JA NEIN

17. Hat Ihr Kind nach den Mahlzeiten Nahrung erbrochen? JA NEIN

18. Hatte Ihr Kind einen Neugeborenenenschiefhals? Falls ja, zu welcher Seite und wurde allenfalls eine Behandlung durchgeführt (welche und mit welchem Erfolg)? JA NEIN

19. Mochte Ihr Kind in den ersten Monaten auf dem Bauch spielen oder liegen? JA NEIN

20. Wurde Ihr Kind häufig in Tragehilfen (Tuch, Sitzschale, Babyhopser, Wippe etc. platziert? JA NEIN

21. Traten während der Säuglingszeit irgendwelche Auffälligkeiten abgesehen von Stillproblemen wie abendliches Weinen (mehr als eine Stunde), Krämpfli, häufiges Weinen nach der Mahlzeit, Einschlafschwierigkeiten etc. auf? JA NEIN

22. Stürzte Ihr Kind als Baby vom Wickeltisch, Sofa, Tripp-Trap aus dem Autositz etc. oder war es bei einer Autokollision im Fahrzeug? JA NEIN

23. Dauerte es auffallend lang, bis Ihr Kind das Köpfchen heben konnte? JA NEIN

24. Hatte sich Ihr Baby oft sehr stark überstreckt, wenn es weinte oder auch im Bettchen? JA NEIN

25. Hat es sich verzögert vom Rücken auf den Bauch gedreht (Norm ca. 6. Lebensmonat)? JA NEIN

26. War Ihr Kind in den ersten sechs Monaten auffallend ruhig? JA NEIN

27. Hat es Kriechen und Krabbeln verzögert (Norm 7 – 9 Monate) erlernt, bzw. ausgelassen? JA NEIN

Wie ist Ihr Kind gekrabbelt?

28. War Ihr Kind zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat auffallend aktiv und fordernd? Schlieft es wenig und schrie häufig? JA NEIN

29. Zeigte Ihr Kind im Bettchen oder im Kinderwagen starke, gleichförmige Schaukelbewegungen, als es sich aufsetzen, bzw. zum Stehen hochziehen konnte? JA NEIN

30. Wann konnte Ihr Kind selbstständig = ohne Unterstützung sitzen? _____

31. Hat es auffallend früh (vor 12 Monaten) oder spät (nach 18 Monaten) laufen gelernt? JA NEIN

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: _____

32. War Ihr Kind ein sicherer Gänger? JA NEIN

33. War Ihr Kind ein kleiner „Kopfstoßer“, d.h. stieß es absichtlich mit dem Kopf an feste Gegenstände? JA NEIN

34. Neigte es zu Kopfverletzungen? JA NEIN

35. Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt? (Zwei- und Dreiwortsätze > 2 Jahre) JA NEIN

36. Hatte Ihr Kind auffällige Schwierigkeiten beim Anziehenlernen? JA NEIN

37. Hatte Ihr Kind während der ersten 18 Lebensmonate Krankheiten mit schwerem / Verlauf, die mit hohem Fieber und/oder Krämpfen einhergingen? JA NEIN

38. Gab oder gibt es bei Ihrem Kind Anzeichen von Neurodermitis oder anderen Hautproblemen, Asthma oder anderen chronischen Atemwegsproblemen, Lebensmittelunverträglichkeiten oder anderen allergischen Reaktionen? JA NEIN

39. Gab es auffällige Reaktionen nach Impfungen? JA NEIN

40. Hatte Ihr Kind bis zum Alter von 5 Jahren oder länger am Daumen oder an Fingern genuckelt? JA NEIN

41. Hat Ihr Kind nach dem 5. Geburtstag gelegentlich noch eingenässt? JA NEIN

42. War oder ist Ihr Kind ängstlich oder schreckhaft? JA NEIN

Zusätzliche Angaben zum Kleinkind- und Vorschulalter:

VORSCHULALTER UND SCHULZEIT

43. Hatte oder hat Ihr Kind in den beiden ersten Schuljahren Probleme beim Lesenlernen? JA NEIN

44. Hatte oder hat es Probleme beim Schreibenlernen? JA NEIN

45. Hatte oder hat es Probleme beim Ablesen der Uhrzeit (analoges Zifferblatt) und/oder sich Abfolgen (Wochentage, Monate, Jahreszeiten etc.) zu merken? JA NEIN

46. Hatte es Schwierigkeiten, ohne Stützräder Fahrradfahren zu lernen? JA NEIN

47. Hatte es Schwierigkeiten mit dem Schwimmenlernen? JA NEIN

48. Konnte es besser unter als über Wasser schwimmen? JA NEIN

49. Hatte Ihr Kind im Verlauf der ersten 8 Lebensjahre Krankheiten mit sehr hohem Fieber, Bewusstlosigkeit oder Krämpfen?

50. Litt oder leidet Ihr Kind häufig an Hals-, Nasen-, Ohreninfektionen? JA NEIN

51. Hatte oder hat Ihr Kind Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu fangen oder andere Augen-Hand-Koordinationsprobleme? JA NEIN

52. Kann Ihr Kind Zuhause oder auswärts (Schule/KiGa) nur schlecht ruhig am Tisch sitzen? JA NEIN

53. Bevorzugt es auffällige Sitzpositionen? JA NEIN

54. Macht Ihr Kind auffällig viele Fehler beim Abschreiben von der Tafel? JA NEIN

55. Verdreht Ihr Kind einzelne Buchstaben oder Zahlen? JA NEIN

56. Lässt es Buchstaben oder Wörter aus, wenn es frei schreibt (Aufsatz o.a.)? JA NEIN

57. Macht Ihr Kind auffällig viele Fehler bei Diktat oder Ansage? JA NEIN

58. Reagiert Ihr Kind bei plötzlichen, unerwarteten Geräuschen oder Bewegungen auffallend stark? JA NEIN

WEITERE WICHTIGE INFORMATIONEN

59. Leidet/litt Ihr Kind unter Reiseübelkeit? JA NEIN

60. Klagt oder klagte Ihr Kind über Bauch-, Rücken-, Kopf- oder Beinschmerzen? JA NEIN

61. Treten diese Schmerzen mit einem bestimmten Muster auf – beispielsweise zu bestimmten Tageszeiten, bei/nach gewissen Tätigkeiten etc.? JA NEIN

Was brachte jeweils Linderung?

62. Hat Ihr Kind Mühe mit dem Gleichgewicht? JA NEIN

63. Hat Ihr Kind schwere Stürze durchgemacht, welche beispielsweise zu Brüchen, Hirnerschütterungen etc. führten? JA NEIN

Falls ja, welche Verletzungen: _____

64. War Ihr Kind bei einer Autokollision im Fahrzeug? JA NEIN

65. War Ihr Kind schon hospitalisiert? Wann? Weshalb? Wie lange? JA NEIN

TEIL 2

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEANTWORTET IHR KIND AB 8 JAHREN SELBST, ANSONSTEN BITTE VORLESEN UND ALS SCHREIBER/IN MITHELFFEN

- K1. Warst du schon einmal so erschrocken oder aufgeregt, dass du nichts sagen konntest? JA NEIN
- K2. Bist du schon einmal nachts wachgeworden und hattest das Gefühl, dich nicht bewegen und nichts sagen zu können? JA NEIN
- K3. Wenn du lange ruhig stehen musst, z.B. in der Schule oder Kirche, hast du dann das Gefühl, dass du schwankst? JA NEIN
- K4. Hast du bei Handstand oder Rolle, beim Hochklettern am Seil oder Überspringen eines Kastens mehr Probleme als die anderen Kinder? JA NEIN
- K5. Hast du ab und zu Kopfschmerzen im Stirnbereich? JA NEIN
- K6. Hast du Migräne? JA NEIN
- K7. Stört dich sehr helles Licht mehr als andere Kinder? JA NEIN
- K8. Stören dich laute Geräusche? JA NEIN
- K9. Erschrickst du rasch? JA NEIN
- K10. Verwechselst du ab und zu Rechts und Links? JA NEIN
- K11. Wenn du sehr müde und erschöpft bist, versprichst Du Dich dann manchmal oder verdrehst Wörter beim Sprechen? JA NEIN
- K12. Wenn du sehr müde und erschöpft bist, wirst du dann ungeschickter, stolperst du häufiger, stößt dich oder lässt etwas fallen? JA NEIN

Datum und Unterschrift: _____