



Name:

Vorname:

geb. am:

Str.:

PLZ:

Ort:

Tel:

Mobil:

E-Mail:

Erziehungsberechtigte:

Name

Vorname:

geb. am:

Beruf:

Name

Vorname:

geb. am:

Beruf:

Sorgeberechtigt: beide Erziehungsberechtigte

Alleiniges Sorgerecht (Name, Vorname)

andere:

Geschwister (Name, Besonderheiten, Alter)

Besondere Situation in der Familie?

Sind in der Familie chronische oder schwere Erkrankungen bekannt?

(zB. Asthma, Allergien, Herzerkrankung, Diabetes, Fieberkrämpfe, Epilepsie, etc)

ja nein, Wenn ja welche ?

Schwangerschaft:

Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten oder Auffälligkeiten?

ja nein

Wenn ja welche ?

Geburt:

spontan Sectio Saugglocke Zangengeburt

SSW: Geburtsgewicht:

Gab es unter oder nach der Geburt Probleme oder Schwierigkeiten bei der Mutter oder beim Kind?

ja nein

Wenn ja welche ?

Neugeborenenperiode: (erster Monat)

Gab es Besonderheiten oder Auffälligkeiten ?

ja nein

Wenn ja welche?

Entwicklung

Normal verspätet

Sprache

Welche Sprache wird hauptsächlich in der Familie / mit dem Kind gesprochen?

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?

ja nein

Wenn nein warum nicht?

Durchgemachte Erkrankungen ? (Kinderkrankheiten zB. Windpocken, Fieberkrampf, etc)

ja nein

Wenn ja welche?

chronische Erkrankungen?

ja nein

Wenn ja welche?

Krankhausaufenthalte:

ja nein

Wenn ja wann und aus welchem Grund ?

Allergien:

ja nein

Wenn ja welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

falls ja, welche

Impfungen

Nach STIKO

abweichendes Schema

Mein Kind erhält folgende Heilmittel:

Logopädie

Ergotherapie

Krankengymnastik

Osteopathie

sonstige