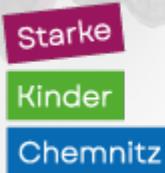


Maria Eichhorn und Viola Weiß

Fragebogen



Dieser Fragebogen dient der Erfassung wichtiger Informationen zur Entwicklung und Lebensgeschichte Ihres Kindes. Die Angaben betreffen allgemeine Daten, die Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenzeit, die Kleinkind- und Kindergartenzeit sowie das Vorschul- und Schulalter. Ihre Antworten helfen uns, Ihr Kind besser zu verstehen und gezielt zu unterstützen.

Allgemeine Angaben

Name:	
Geburtsdatum:	
Geschwister mit Geburtsdaten:	

01 Bitte beschreiben Sie die Probleme Ihres Kindes: (in Elternhaus, Schule, Kindergarten etc.)

02 Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Lernstörungen oder Beschwerden wie Allergien, Unverträglichkeiten, Migräne, Asthma o.ä.?

Ja Nein

03 Sind bei Ihrem Kind bereits Diagnosen gestellt worden? (KISS, LRS, Dyskalkulie, AVWS, Teilleistungsschwächen, ADHS / ADS, Sprach- oder Sprechstörungen o.ä.)

Ja Nein

04 Welche Behandlungen hat Ihr Kind schon erhalten und warum?

05 Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente?

Ja Nein

06	Sind Sie durch künstliche Befruchtung schwanger geworden? Bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

07	Erfolgte vor oder während der Schwangerschaft eine Behandlung mit Hormonen? (z.B. Art und Zeitpunkt der Behandlung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

08	Hatten Sie medizinische Probleme während der Schwangerschaft? (z.B. Bluthochdruck, übermäßiges Erbrechen, vorzeitige Wehen, Blutungen, drohende Fehlgeburt, chronische oder akute Erkrankungen o.ä., welcher Schwangerschaftsmonat)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

09	Wurden diagnostische Verfahren durchgeführt? (Amniocentese, Ultraschall o.ä.) Welche, wann, wie viele:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

10	Standen Sie während Ihrer Schwangerschaft unter starkem emotionalem Stress? (z.B. beruflicher Stress, Beziehungsstress, Tod oder Krankheit eines Familienangehörigen, Umzug, vorangegangene Fehlgeburten o.ä., zu welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

11	Mussten Sie zu irgendeinem Zeitpunkt während der Schwangerschaft Bettruhe einhalten? Zu welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

12	Hatten Sie in den ersten 13 Schwangerschaftswochen eine Infektion? Welche und wann:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

13	Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht, Alkohol getrunken, Drogen oder Medikamente genommen, waren Sie Umweltgiften ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

14	Wurde Ihr Kind früher oder später als zum errechneten Geburtstermin geboren? (plus 10/minus 20 Tage)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

15	War der Geburtsverlauf ungewöhnlich oder besonders schwierig? (z.B. Einleitung, Einsatz von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln, Beckenendlage des Kindes, Vorfall der Nabelschnur oder der Plazenta, PDA, Einsatz von Zange oder Saugglocke, Kaiserschnitt, verlängerte Austreibungs- oder Pressphase, Sturzgeburt o.ä.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

16	Gab es nach der Geburt Besonderheiten bei Ihrem Kind? (Schädelverformung, Blutergüsse, Verletzungen, Nabelschnuranomalitäten, Haut deutlich blau, starke Lanugobehaarung, auffällig viel Käseschmiere, Kindspech, schwere Neugeborenengelbsucht o.ä.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

17	War Ihr Kind zu Klein bezogen auf den Geburtszeitpunkt bzw. auf das Geburtsge wicht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

Gewicht: g

Größe: cm

Kopfumfang: cm

18	Wie waren APGAR- und PH-Wert?
----	-------------------------------

APGAR:

PH-Wert:

19	Wurde Ihr Kind nach der Entbindung von Ihnen getrennt? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

20	Brauchte Ihr Kind nach der Entbindung Intensivpflege? Bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

21	War Ihr Kind in den ersten Lebenswochen auffallend ruhig und inaktiv? Bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

22	War Ihr Kind in den ersten Lebenswochen sehr unruhig, schrie viel und war sehr fordernd? Bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

23	Gab es in den ersten 13 Lebenswochen Still- oder Trinkprobleme? Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten, Nahrung bei sich zu behalten? Bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

24	Dauerte es auffallend lang, bis Ihr Kind das Köpfchen heben konnte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

25	War ihr Kind besonders schreckhaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	-------------------------------------	---

26	Zusätzliche Angaben zu Schwangerschaft / Geburt/ Neugeborenenzeit: (z.B. besondere Lebensumstände oder Stressfaktoren, chronische Erkrankungen, Allergien)
----	--

Kleinkind- und Kindergartenzeit

27	Gab es Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung? (z.B. Kriechen und Krabbeln verzögert bzw. ausgelassen, verzögert vom Rücken auf den Bauch gedreht o.ä.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

28	Hat Ihr Kind auffallend früh (< 9 Monate) oder spät (> 18 Monate) laufen gelernt? Bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

29	War Ihr Kind ab dem 6. Lebensmonat auffällig aktiv und fordernd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

31	Gab es die normalen Fremdelphasen (etwa zwischen 6. und 11. Monat)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

32	Gab es die normalen Trotzphasen (etwa zwischen 20. und 30. Lebensmonat)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

33	Zeigte Ihr Kind im Bettchen stereotype Schaukelbewegungen, als es sich aufsetzen bzw. zum Stehen hochziehen konnte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

34	War oder ist Ihr Kind ein Zehenspitzengänger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

35	Hatte Ihr Kind auffällige Schwierigkeiten beim Anziehen lernen? (beim Knöpfen, Schleife binden, Reihenfolge o.ä.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

36	Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt? (Zwei- und Dreiwortsätze > 2 Jahre)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

37	War Ihr Kind ein kleiner „Kopfstoßer“, d.h. stieß es absichtlich mit dem Kopf an feste Gegenstände? Neigte es zu Kopfverletzungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

38	Hatte Ihr Kind in den ersten drei Lebensjahren hohes Fieber mit Bewusstseinseinstrübung und/oder Krämpfen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

39	Gab oder gibt es bei Ihrem Kind Anzeichen von Neurodermitis oder anderen Hautproblemen, Asthma oder anderen chronischen Atemwegsproblemen, Lebensmittelunverträglichkeiten oder anderen allergischen Reaktionen? Bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

40	Gab es auffällige Reaktionen nach Impfungen? Bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

41	Hat Ihr Kind nach dem 5. Geburtstag gelegentlich noch eingenässt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

42	War oder ist Ihr Kind ängstlich oder schreckhaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

43	Hat Ihr Kind bis zum Alter von 5 Jahren oder länger am Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

44	Litt bzw. leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

45	Gab es auffällige Fortbewegungsarten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---------------------------------------	---

46	Brauchte Ihr Kind Routinen? Wie ging es mit Veränderungen um?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

47	Zusätzliche Angaben zur Kleinkind- und Kindergartenzeit:
----	--

Vorschul- und Schulalter

48	Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten, ohne Stützräder Fahrradfahren zu lernen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

49	Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten mit dem Schwimmenlernen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

50	Konnte Ihr Kind besser unter als über Wasser schwimmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	---	---

51	Litt oder leidet Ihr Kind auffällig häufig an Hals-, Nasen- oder Ohreninfektionen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

52	Hatte oder hat Ihr Kind Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu fangen, einen Purzelbaum zu machen und/oder gilt es als ungeschickt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
53	Kann Ihr Kind zuhause oder in der Schule nur schlecht ruhig am Tisch sitzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
54	Bevorzugt Ihr Kind auffällige Sitzpositionen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
55	Hatte oder hat Ihr Kind in den beiden ersten Schuljahren Probleme beim Lesenlernen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
56	Hatte oder hat es Probleme beim Schreibenlernen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
57	Hatte es Probleme beim Erlernen der Schreibschrift?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
58	Hatte oder hat es Probleme beim Ablesen der Uhrzeit (analoge Uhr) und/oder sich Abfolgen (Wochentage, Monate, Jahreszeiten etc.) zu merken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
59	Macht Ihr Kind auffällig viele Fehler beim Abschreiben von der Tafel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
60	Verdreht Ihr Kind einzelne Buchstaben oder Zahlen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
61	Lässt ihr Kind Buchstaben oder Wörter aus, wenn es frei schreibt (Aufsatz o.ä.)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
62	Macht Ihr Kind auffällig viele Fehler bei Diktat oder Ansage?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
63	Fehlt Ihrem Kind das Leseverständnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

64	Ist Ihr Kind mündlich besser als schriftlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
65	Kann Ihr Kind lange Worte lesen, kurze Worte werden nicht erkannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
66	Hat Ihr Kind auffällige Probleme im Zahlenraum, bei der Mengenerfassung und beim Rechnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
67	Reagiert Ihr Kind auf plötzliche, unerwartete Geräusche, Bewegungen, Licht oder Berührung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
68	Ist Ihr Kind Linkshänder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
69	Dreht Ihr Kind im Stand die Füße nach innen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
70	Hat Ihr Kind oft Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
71	Hält Ihr Kind den Stift verkrampt und / oder drückt stark auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
72	Werden manche Bewegungen der Hände von Mund begleitet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
73	Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
74	Sind oft Löcher in den Socken oder die Einlegesohlen durchbohrt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
75	Hat Ihr Kind Zahnfehlstellungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

76

Zusätzliche Angaben (Familiensituation, Ernährungsverhalten, besondere Vorlieben und Abneigungen des Kindes, erfolgte Therapien und Behandlungen etc.)

Die folgenden Fragen beantwortet Ihr Kind selbst (ab einem Alter von 8 Jahren)

77	Warst du schon mal so aufgereggt oder erschrocken, dass du nicht reden konntest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
78	Wenn du lange ruhig stehen musst, hast du dann das Gefühl, dass du schwankst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
79	Hast du ab und zu Kopfschmerzen? Wann und wo?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<hr/> <hr/>		
80	Reagierst du auf gretles Licht und Geräusche empfindlicher als andere Kinder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
81	Verwechselst du ab und zu Rechts und Links?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
82	Wirst du manchmal ungeschickter, stolperst oder lässt etwas fallen, wenn du erschöpft bist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
83	Verkrampft sich beim Schreiben deine Hand?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
84	Ist dein Nacken oft verkrampft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
85	Hast du oft Angst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
86	Verschwimmt manchmal die Schrift, hüpfen die Buchstaben oder siehst du Doppelbuchstaben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Namen, Geburtsdaten, Anschrift, Telefonnummer, Mailadresse und alle Daten zur Entwicklung, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Angebotes notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigung erhoben.

Für die darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an.

Ich willige ein, dass mir _____ telefonisch, postalisch oder per E-Mail Informationen zum Zwecke des Informationsaustausches zusenden darf.

Ort, Datum

Unterschrift

Rechte des Betroffenen:

Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht
Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber

um umfangreiche Auskunftserteilung zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.
Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber

die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.
Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an

übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach dem bestehenden Basistarif.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Ihre Angaben sind für uns eine wichtige Grundlage, um Ihr Kind bestmöglich zu unterstützen und individuell auf seine Bedürfnisse einzugehen.

Falls Sie Fragen zum Fragebogen haben oder weitere Informationen benötigen, können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden:

Kontakt:

Starke Kinder Chemnitz
Maria Eichhorn und Viola Weiß
Wilhelmstraße 17
09117 Chemnitz

+49 (0)1573 7663409
+49 (0)176 95527021
info@starke-kinder-chemnitz.de
www.starke-kinder-chemnitz.de

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und das Vertrauen!

