

Elternfragebogen 1

UntersucherIn:

Liebe Eltern, bitte beantworten Sie die Fragen in Ruhe. Bei Unsicherheiten besprechen Sie den Punkt auch mit anderen Angehörigen, die das Kind häufig beobachtet haben. Wenn Sie nicht sicher sind, wie die Antwort lautet, streichen Sie die Frage durch.

Name: _____

Geb.Dat.: _____

Datum: _____

1. Verhalten

	zutreffende Antworten ankreuzen	Interne Vermerke:
a	Vor der Schule, am Morgen (Verhalten in der Schulzeit, nicht in den Ferien, Mehrfachnennungen möglich): <input type="checkbox"/> steht sofort nach dem Wecken auf <input type="checkbox"/> muss mehrmals erinnert werden aufzustehen ist morgens meist <input type="checkbox"/> fröhlich / <input type="checkbox"/> verträumt / <input type="checkbox"/> hektisch / <input type="checkbox"/> mürrisch	
b	Kind ist nach der Schule ... (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> häufig müde <input type="checkbox"/> häufig aggressiv, aufgeregt <input type="checkbox"/> häufig depressiv, niedergeschlagen <input type="checkbox"/> motorisch unruhig, zappelig <input type="checkbox"/> ausgeglichen	
	<input type="checkbox"/> es klagt häufig über laute Geräusche <input type="checkbox"/> es klagt häufig über Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> es klagt häufig über: _____	
c	Die Schularbeiten ... (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> werden oft vergessen <input type="checkbox"/> werden manchmal vergessen <input type="checkbox"/> werden meistens behalten <input type="checkbox"/> werden zügig erledigt <input type="checkbox"/> werden langsam erledigt <input type="checkbox"/> werden ungern erledigt besonders im Fach: _____	
	<input type="checkbox"/> Elternteil muss daneben sitzen <input type="checkbox"/> werden nach häufiger Ermahnung erledigt <input type="checkbox"/> dauern durchschnittlich: _____	
d	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig wenn ja, von welchen Ereignissen? _____ <input type="checkbox"/> Kind braucht bei den (Schul-) arbeiten völlige Ruhe <input type="checkbox"/> es sucht selbst Ablenkung durch: _____	
e	Die LehrerInnen klagen über ... (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> mangelnde Konzentration/Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> häufiges Reden mit Nachbarn, <input type="checkbox"/> Unsinn machen <input type="checkbox"/> geringe Mitarbeit: im <input type="checkbox"/> Unterricht / im <input type="checkbox"/> Spiel auffälliges Verhalten: <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Aggressivität <input type="checkbox"/> Depressivität <input type="checkbox"/> Unruhe	
f	Sozialverhalten des Kindes (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> es ist häufig dominant und/oder führt andere an <input type="checkbox"/> es wird manchmal von anderen gehänselt <input type="checkbox"/> es hat wenig Freunde <input type="checkbox"/> es streitet häufig <input type="checkbox"/> es hat viele Freunde	
g	Wie verhält sich das Kind in Gegenwart anderer Kinder (Gruppe, Schulklasse) <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> unkonzentriert <input type="checkbox"/> zurückziehend <input type="checkbox"/> nichts davon	
h	Es denkt nach, bevor es handelt <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> immer	
i	Es führt Aufgaben zu Ende, gute Konzentrationsspanne <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> immer	

Elternfragebogen 1

j	Das Kind schaut TV	täglich: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 Std. <input type="checkbox"/> 2-3 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 3 Std. wöchentlich: <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2-3 x <input type="checkbox"/> mehr als 3 x	
k	Das Kind sitzt am PC oder spielt Computerspiele (x-Box, GameBoy ...)	täglich: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 Std. <input type="checkbox"/> 2-3 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 3 Std. wöchentlich: <input type="checkbox"/> 1 x <input type="checkbox"/> 2-3 x <input type="checkbox"/> mehr als 3 x	

2. Ohren

zutreffende Antworten ankreuzen

Interne Vermerke:

a	Wurde jemals ein Hörtest beim Kinder- oder HNO- Arzt durchgeführt ? Wie war das Resultat ?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ca. am _____ durchgeführt <input type="checkbox"/> hört normal <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> trägt Hörgeräte	
b	Mittelohrentzündungen (seit der Geburt)	<input type="checkbox"/> nicht aufgetreten <input type="checkbox"/> einmalig im Alter von: ___ <input type="checkbox"/> wiederholt über ___ <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> Jahre	
c	Wurden jemals Paukenröhrchen eingesetzt (werden bei anhaltenden Entzündungen im Mittelohr eingesetzt)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> einmalig im Alter von: ___ <input type="checkbox"/> wiederholt über ___ <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> Jahre	
d	Erkältungen, Schnupfen (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> nicht aufgetreten <input type="checkbox"/> mehrere Monate im Winter <input type="checkbox"/> nur selten <input type="checkbox"/> mehrere Monate im Sommer <input type="checkbox"/> ja, aber nicht in den Ferien	
e	Sind Allergien oder Unverträglichkeiten (Nahrungsmittel, Pollen, Hausstaub) bekannt ?	<input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> vermutet _____	

3. Hören

a	Gibt / gab es Geräusche, die Ihr Kind nicht zu hören scheint / schien ?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ _____	
b	Gibt / gab es Geräusche, die Ihr Kind besser als andere Menschen hört / hörte ?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ _____	
c	Gibt / gab es Geräusche, die Ihr Kind als schmerzvoll zu empfinden scheint / schien ? In welchen Situationen treten oder traten diese Empfindungen auf (Mehrfachnennungen möglich) ? <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> in der Schule <input type="checkbox"/> im Kindergarten <input type="checkbox"/> beim Einkaufen <input type="checkbox"/> andere Situationen: _____	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ _____ im Alter von: _____ bis: _____	
d	Scheut das Kind Gruppen wegen der Geräusche/des Lärms ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
e	Benutzt das Kind laute Geräusche ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche ? _____ _____	
f	Beschwert sich das Kind, wenn mehr als einer spricht ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> es beschwert sich auch sonst selten	
g	Verliert das Kind im Verlauf eines Gesprächs häufig den Faden ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> es beteiligt sich selten an Gesprächen	
h	Fragt das Kind häufig nach, wenn es einen Auftrag bekommen hat ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> es fragt auch sonst selten	
i	Vergisst es häufig mündliche Aufträge ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft	

Elternfragebogen 1

4. Entwicklung der Sprache:

zutreffende Antworten ankreuzen

Interne Vermerke:

a	Sprechbeginn (wann hat das Kind erste Worte gesprochen?)	mit ____ Monaten	
b	Jetzige Sprachfähigkeiten:	<input type="checkbox"/> keine Wörter <input type="checkbox"/> ein Wort <input type="checkbox"/> 2-3 Wörter <input type="checkbox"/> kurze Sätze, jedoch mit falscher Grammatik <input type="checkbox"/> lange Sätze, jedoch mit falscher Grammatik <input type="checkbox"/> lange Sätze, grammatikalisch richtig	
c	Werden Konsonanten in der Aussprache verwechselt ? Z.B. b, p, d, g, k, t, f, w und m, n, s, sch	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig Welche Konsonanten besonders: _____	
d	Wenn das Kind spricht, wird es von den meisten Leuten verstanden ?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> gar nicht	
e	Ist seine Sprache eher	<input type="checkbox"/> deutlich <input type="checkbox"/> verwaschen <input type="checkbox"/> melodisch <input type="checkbox"/> monoton	
f	Werden bekannte Gegenstände häufig fehlerhaft benannt ?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig	
g	Werden Konsonanten beim Schreiben verwechselt ? Z.B. b, p, d, t, g, k, f, w, m, n	<input type="checkbox"/> es schreibt noch nicht <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig Welche Konsonanten besonders: _____	
h	Werden Konsonanten beim Lesen verwechselt ? Z.B. b, p, d, t, g, k, f, w, m, n	<input type="checkbox"/> es liest noch nicht <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig Welche Konsonanten besonders: _____	

5. Motorik und Bewegung:

a	Beschreiben Sie bitte die jetzige Haltung und Bewegung des Kindes: (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> gebeugte Haltung <input type="checkbox"/> Zehenspitzenengang <input type="checkbox"/> schwankend, unsicher <input type="checkbox"/> häufig impulsive Beweg. <input type="checkbox"/> langsame Bewegung <input type="checkbox"/> Bewegungsunruhe <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsprobleme <input type="checkbox"/> nichts dergleichen		
b	Ist das Kind unruhig, kann nicht lange stillsitzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig/meistens wenn ja, bei welchen Gelegenheiten? _____		
c	Überprüfen Sie die jeweilige Fähigkeit mit dem dazugehörigem Alter Ihres Kindes aus Ihrer Erinnerung.	Alter 9 Monate	Gekrabbelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Alter 12 Monate	Steht auf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Alter 24 Monate	Rennt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Elternfragebogen 1

6. Sonstige Therapien und Allgemeines:

zutreffende Antworten ankreuzen

Interne Vermerke:

a	Bekommt das Kind Ritalin oder andere Psychopharmaka ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	
b	Hatte es jemals einen epileptischen Anfall oder einen Krampfanfall ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> einmalig im Alter von ____ <input type="checkbox"/> wiederholt im Alter von ____ bis ____	
c	Welche Therapien hat das Kind bereits früher erhalten bzw. welche Therapien laufen noch ?	<input type="checkbox"/> keine erhalten <input type="checkbox"/> laufen noch	<input type="checkbox"/> Therapie: _____ Im Alter von ____	
d	Besonderheiten im Schlaf-Wach-Rhythmus (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen <input type="checkbox"/> besonders kurze Schlafzeiten <input type="checkbox"/> besonders lange Schlafzeiten <input type="checkbox"/> häufig Alpträume	
e	Häufiges Bettnässen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

7. Schwangerschaft und Geburt:

Während der Schwangerschaft:

a	Einsatz von Wehenhemmer bei vorzeitigen Wehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
b	Psychische Belastungen der Mutter (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, Stress <input type="checkbox"/> ja, starker Stress <input type="checkbox"/> berufliche oder familiäre Konflikte <input type="checkbox"/> unerwünschte Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Abortversuche	
c	Sonstige Belastungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Nikotin, Alkohol, Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente Aufgrund von: _____	

Während der Geburt:

d	Geburt (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Frühgeburt, um ____ Wochen <input type="checkbox"/> Inkubator, Dauer: _____ <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Sauerstoffmangel, Nabelschnurumschlingung, blaue Säuglingshaut <input type="checkbox"/> Saugglocken- oder Zangenentbindung <input type="checkbox"/> Mehrfachgeburt <input type="checkbox"/> andere: _____	
---	------------------------------------	---------------------------------	--	--

Nach der Geburt:

e	Wie lange waren Mutter und Kind nach der Geburt getrennt	<input type="checkbox"/> max. 1 Tag	<input type="checkbox"/> mehrere Tage <input type="checkbox"/> mehrere Wochen <input type="checkbox"/> Säuglingskrankheiten: _____ _____ Zeitraum der Krankheit: _____	
f	Starke seelische Belastungen nach der Geburt (Mutter und/oder Kind bis zum 4. Lebensjahr)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Trennung (Scheidung) <input type="checkbox"/> Traumatische Erlebnisse: _____	