

# Aufnahmefragebogen für Säuglinge/Kinder

(Die Angaben werden entsprechend der therapeutischen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt)

Überweisender Arzt (Anschrift, Tel-Nr.):

Tel-Nr. betreuende Hebamme:

Betreuendes Jugendamt:

Name des Kindes:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Tel. der Familie privat:

Tel. Vater dienstl./mobil:

Tel. Mutter dienstl./mobil:

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsland		
Jetzige Staatsangehörigkeit		
Beruf		
Jetzige Tätigkeit		

*Weshalb möchten Sie Ihr Kind vorstellen?*

- Körperbeherrschung und Bewegung
- Sprachentwicklung
- Verhalten
- Erziehung
- Umgang im Spiel
- \_\_\_\_\_

Können Sie die Probleme Ihres Kindes genauer beschreiben? Was macht Ihnen Sorgen?

---

---

---

---

---

Welche Hilfe erwarten Sie?

---

---

### 1. Angaben zur Familiensituation

Sind in der Verwandtschaft Entwicklungsstörungen oder schwere Erkrankungen bekannt?

Nein  Ja – Bitte möglichst konkrete Angaben (wen betrifft es in der Familie)

Nervenleiden:

Entwicklungsstörungen:

Gemütskrankheiten:

Anfallsleiden/Epilepsie/Fieberkrämpfe:

Suchtkrankheiten:

Genetische Erkrankungen:

Chronische Krankheiten:

Sind die Eltern:  verheiratet  zusammen lebend  getrennt lebend  
–  geschieden

Wer besitzt das Sorgerecht? \_\_\_\_\_

Ist ihr Kind Ihr:  Leibliches Kind  Adoptivkind/Pflegekind/o.ä.

Wo lebt Ihr Kind?  bei den Eltern  bei der Mutter  beim Vater  Sonstiges

*Geschwister/Halbgeschwister/Stiefgeschwister*

Name	Geburtsdatum	Schulart, Klasse	Besondere Probleme/ Krankheiten	Leiblich?

Derzeitige Wohnsituation:

---

---

---

Besitzt Ihr Kind ein eigenes Zimmer?     Ja     Nein

2.Fragen zur Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft war es?

---

Gab es Fehlgeburten? (Wenn ja – wann? Wie viele?) \_\_\_\_\_

Wie alt war die Mutter bei der Geburt des Kindes? \_\_\_\_\_

Nahm die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente ein?

Nein     Ja Welche? \_\_\_\_\_

(Bitte geben Sie auch an, falls Sie geraucht oder Alkohol getrunken haben.)

Bestand die Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten wie z.B.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutungen/drohende Fehlgeburt           | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck       |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten                   | <input type="checkbox"/> Operationen           |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit                         | <input type="checkbox"/> seelische Belastungen |
| <input type="checkbox"/> Stress in der Arbeit/Studium/Ausbildung | <input type="checkbox"/> andere _____          |

---

### 3. Fragen nach der Geburt

In welchem Krankenhaus hat die Mutter entbunden? \_\_\_\_\_

Entbindung:  termingerecht       \_\_ Tage zu früh       \_\_ Tage zu spät

Wie lange dauerte die Geburt insgesamt? \_\_\_\_\_ Stunden (von Beginn der Wehentätigkeit) Hatten sie Wehen? (wenn Kaiserschnitt) \_\_\_\_\_

Gab es Erschwernisse bei der Geburt wie z.B.

Zwillinge\*    Steißlage    Kaiserschnitt    Saugglocke    Zwangsentbindung

Welche Ursachen lagen vor? \_\_\_\_\_

\*Ab wann wussten Sie, dass Sie Zwillinge erwarten? \_\_\_\_\_

Hatten Sie das Kind nach der Geburt bei sich? \_\_\_\_\_

### 4. Fragen zum Neugeborenen - (bitte das gelbe U-Heft mitbringen)

Gewicht: \_\_\_\_\_ g,      Länge: \_\_\_\_\_ cm,      Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

Apgarwerte: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      pH-Wert: \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind beatmet?    Nein       Ja – Wie lange? \_\_\_\_\_

Wenn Ihr Kind als Neugeborenes auf einer Neugeborenen-Intensivstation behandelt oder in einer Kinderklinik verlegt wurde, bringen Sie bitte, wenn vorhanden, den Arztbrief mit.

Wurde Ihr Kind gestillt?    Nein       Ja – Wie lange? \_\_\_\_\_

Gab es Probleme beim Stillen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann wurde das Kind das erste Mal angelegt? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt?

Nein       Ja – In welche?

\_\_\_\_\_

Wie lange war der Aufenthalt in der Kinderklinik? (Befund)

---

---

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf wie z.B.

- Infektionen                       Krampfanfälle                       Herzerkrankungen  
 Ernährungsstörungen       Erkrankung der Mutter i.d. ersten Lebenswochen  
 Atemstörungen                 Sonst. - \_\_\_\_\_

War Ihr Kind als Säugling eher:  sehr ruhig    normal    sehr ruhig    Sonst.

Wer betreute Ihr Kind im ersten Lebensjahr zu Hause? \_\_\_\_\_

---

#### 4. Fragen zu den ersten Lebensjahren Ihres Kindes

In welchem Alter begann es (Monat):

- zu greifen \_\_\_\_\_ -zu vokalisieren \_\_\_\_\_ Wochen  
-zu drehen von Rücken- in Bauchlage \_\_\_\_\_ -Doppelsilben \_\_\_\_\_ Monat  
-zu krabbeln \_\_\_\_\_ -erste Worte zu sprechen \_\_\_\_\_  
-frei zu sitzen \_\_\_\_\_ -2-3-Wort-Sätze zu sprechen \_\_\_\_  
-frei zu gehen \_\_\_\_\_  
- Wann war es tagsüber trocken? \_\_\_\_\_ -Wann nachts? \_\_\_\_\_

Schlafverhalten: \_\_\_\_\_

Fütter- und Essverhalten, Übergang zu Breimahlzeiten/fester Kost:

---

Besonderheiten im U-Heft: \_\_\_\_\_

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

- Nein    Ja – Welche Sprachen? \_\_\_\_\_

In welcher Sprache sprechen Sie überwiegend mit Ihrem Kind?

#### 4. Fragen zu Untersuchungen und Behandlungen des Kindes

Wo haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen und Behandlungen vorgestellt?

---

Wer behandelte Ihr Kind früher oder behandelt es noch jetzt?

Fachrichtung*, Name, Anschrift	Wann? (Von – bis)	Aufgrund welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

\*z.B. praktischer Arzt, Kinderarzt, Augen-Arzt, Ohrenarzt, Orthopädie, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Sprachtherapeut, Erziehungs- und Familienberatungsstelle, Frühförderung

Welche ernsten Erkrankungen oder Operationen hat Ihr Kind bisher durchgemacht? (Wann?)

---

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

Nein  Ja – Welche? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal zur Kur?

Nein  Ja – Wann? \_\_\_\_\_ Warum? \_\_\_\_\_

Besucht Ihr Kind bereits eine Kindertagesstätte / hat eine Tagesmutter?

Nein  Ja – Seit wann? \_\_\_\_\_