



Hatte das Kind jemals folgende Krankheiten?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung mehrmals | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden Epilepsie | <input type="checkbox"/> Hämophilie andere Blutungskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien _____ | |
| <input type="checkbox"/> weitere Erkrankungen _____ | | |

Hatte Ihr Kind Unfälle | Stürze | schwere Verletzungen | schwere Erkrankungen?

Ja Nein

Datum _____ Art des Unfalls | der Verletzung | der Erkrankung: _____
 Zurückgebliebene Folgeschäden: _____
 Datum _____ Art des Unfalls | der Verletzung | der Erkrankung: _____
 Zurückgebliebene Folgeschäden: _____

Nimmt das Kind zurzeit Medikamente?

Ja Nein Wenn ja, welche?

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Hat das Kind spezielle Hobbys bzw. geht es besonderen Aktivitäten nach?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Kindergarten | Schule | Freizeit Schätzen Sie das Kind und sein Verhalten bitte ein!

Das Kind ist nach dem Kindergarten | nach der Schule:

- unauffällig | ausgeglichen oft müde oft aufgekratzt bis aggressiv ruhig bis niedergeschlagen zappelig

Hausaufgaben

- bereiten keine Probleme werden oft vergessen werden ungern und nur mit Zwang erledigt
 können nur mit Hilfe erledigt werden dauern im Schnitt: _____ bereiten nur in bestimmten Fächern Probleme

Betreuende Personen | Bezugspersonen berichten häufig

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> von mangelnder Konzentration Aufmerksamkeit | <input type="checkbox"/> von häufigem Reden mit Sitznachbarn Ablenken anderer Kinder |
| <input type="checkbox"/> dass das Kind Unsinn macht | <input type="checkbox"/> dass das Kind sich nicht gern am Unterricht an Gruppenaktivitäten beteiligt |
| <input type="checkbox"/> dass das Kind allein spielt | <input type="checkbox"/> dass das Kind müde ist <input type="checkbox"/> dass das Kind aggressiv ist |
| <input type="checkbox"/> dass das Kind aufgekratzt und unruhig ist | <input type="checkbox"/> dass das Kind depressiv wirkt <input type="checkbox"/> dass das Kind sehr ängstlich ist |
| <input type="checkbox"/> dass das Kind sehr laut ist | <input type="checkbox"/> dass sich das Kind unwohl in lauter Umgebung fühlt |
| <input type="checkbox"/> dass das Kind nicht still sitzen kann | <input type="checkbox"/> dass das Kind der Klassen- Gruppenkasper ist |
| <input type="checkbox"/> dass das Kind in seinen motorischen Fähigkeiten weit hinter seinen Altersgenossen ist | |

Beschreiben Sie bitte die typische Haltung und Bewegung des Kindes

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> gebeugte Haltung | <input type="checkbox"/> schief |
| <input type="checkbox"/> stark im Hohlkreuz | <input type="checkbox"/> Zehenspitzen gang | <input type="checkbox"/> läuft oft auf den Fußaußenkanten |
| <input type="checkbox"/> schwankend, unsicher | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Bewegungsunruhe |
| <input type="checkbox"/> langsame Bewegung | <input type="checkbox"/> häufig impulsive Bewegung | <input type="checkbox"/> schaut immer nur in eine Richtung |
| <input type="checkbox"/> dreht sich immer nur in eine Richtung | <input type="checkbox"/> sonstige Haltung Bewegung: _____ | |

Wie schläft das Kind?

- ruhig unruhig braucht lange zum Einschlafen
 wird oft wach benötigt zum Schlafen eine Windel
 Benötigt zum Schlafen einen Schnuller oder etwas anderes, und zwar: _____
 Es hat eine bevorzugte Schlafhaltung, und zwar: _____

Bringen Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen zum ersten Behandlungstermin mit. Offene Fragen können dann direkt vor Ort geklärt werden. Herzlichen Dank, für Ihre Mithilfe!

Datum | Unterschrift des ausfüllenden Erziehungsberechtigten _____