



Praxis:
In der Ratemicke 1a
51647 Gummersbach

Büro/Postadresse:
Gartenweg 14
51647 Gummersbach

Telefon: 02354 4253
Telefax: 02354 779419
info@lern-mototherapie.de
www.lern-mototherapie.de

Fragebogen

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Mutter: _____ Berufstätig Ja Nein

Name des Vaters: _____ Berufstätig Ja Nein

Geschwister/Alter: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Datum: _____

Erste Informationen:

Bitte bringen Sie den Mutterpass und das Vorsorgeheft mit!

Vorstellungsgrund: _____

Wurde/wird eine Kita regelmäßig besucht? Ja Nein

Welche? _____

Welche Therapien haben bisher stattgefunden?

Frühförderung von: _____ bis: _____ bei: _____

Ergotherapie von: _____ bis: _____ bei: _____

Logopädie von: _____ bis: _____ bei: _____

Physiotherapie von: _____ bis: _____ bei: _____

Sonstiges _____

Schule/Klasse _____

Wurde eine Klasse wiederholt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Klassenlehrer/in _____

Ist bei Ihrem Kind ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt worden? Ja Nein

Schwangerschaft:

Gab es medizinische Probleme im Verlauf der Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie eine Virusinfektion/Grippe in den ersten Wochen Ihrer Schwangerschaft? Ja Nein

Standen Sie während Ihrer Schwangerschaft unter emotionalem Stress? Ja Nein

Sind während der Schwangerschaft diagnostische Verfahren durchgeführt worden? Ja Nein

Ultraschall, Sonografie, Röntgen, Fruchtwasseruntersuchung? Ja Nein

Wann/wie oft? _____

Erfolgte vor oder während der Schwangerschaft eine Hormonbehandlung? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Traten während der Schwangerschaft Krankheiten oder Komplikationen auf? Ja Nein

Übelkeit Ja Nein

Erbrechen Ja Nein

Vorzeitige Wehen Ja Nein

Blutungen Ja Nein

Fehlgeburten Ja Nein

Sonstiges _____

Geburt:

Wurde Ihr Kind früher oder später als zum errechneten Termin geboren (+ / - 2 Wochen)? Ja Nein

Geburtsverlauf: normal Zange Saugglocke Kristellern

Geburtslage: _____

Fruchtblase vorzeitig geplatzt/gesprengt? Ja Nein

Nabelschnurumschlingungen? Ja Nein

Kaiserschnitt geplant/ungeplant? Ja Nein

Medikamente, Schmerzmittel, Wehen einleitende oder hemmende Mittel? Ja Nein

Geburtsdauer _____

Geburtsgewicht: _____ Größe: _____ Kopfumfang: _____

Gab es irgendwelche Besonderheiten an Ihrem Baby nach der Geburt? Ja Nein

Schädelverformung Ja Nein

Blaue Flecken Ja Nein

Neugeborenenengelbsucht Ja Nein

Lanugo-Behaarung Ja Nein

Käseschmiere Ja Nein

Intensivpflege Ja Nein

Wie waren die APGAR – Werte Ihres Kindes? (siehe Mutterpass) ____ / ____ / ____

Der pH-Wert: _____

Säuglingsalter:

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Wenn ja, wie lange? _____

Hatte es Schwierigkeiten beim Saugen an der Brust/Flasche? Ja Nein

Hat es viel gespuckt? Ja Nein

Konnte Ihr Kind in der Bauchlage den Kopf anheben? Ja Nein

War Ihr Kind in den ersten 6 Lebensmonaten ein auffallend ruhiges Baby? Ja Nein

War Ihr Kind sehr unruhig oder ein „Schreikind“? Ja Nein

Kleinkindalter:

Zeigte Ihr Kind deutliche Schaukelbewegungen im Buggy und/oder im Kinderbett? Ja Nein

Stieß Ihr Kind absichtlich mit dem Kopf gegen feste Gegenstände? Ja Nein

Hat Ihr Kind folgende Entwicklungsschritte durchlaufen?

Drehen von Bauch- in Rückenlage u. umgekehrt Robben Kriechen Krabbeln Sitzen Stehen

Hat Ihr Kind gekrabbelt? Ja Nein

Ab wann und wie lange? _____

Hat es sich auf andere Weise fortbewegt? Ja Nein

Wenn ja, wie? _____

In welchem Alter lernte Ihr Kind frei laufen? _____

- Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt? Ja Nein
- Konnte es mit 2½ Jahren Zwei- bis Dreiwortsätze sprechen? Ja Nein
- Sucht Ihr Kind Körperkontakt? Ja Nein
- Hatte es während der ersten 18 Lebensmonate Krankheiten, die mit hohem Fieber/Krämpfen verbunden waren? Ja Nein
- Wenn ja, welche? _____
- Litt/leidet Ihr Kind unter Hautproblemen oder Asthma? Ja Nein
- Zeigt es irgendwelche allergischen Reaktionen? Ja Nein
- Wenn ja, welche? _____
- Reagierte Ihr Kind auffällig auf Impfungen? Ja Nein
- Wenn ja, auf welche? _____
- Lutschte Ihr Kind bis etwa zum 5. Lebensjahr oder länger am Daumen? Ja Nein
- Machte Ihr Kind auch noch nach dem Alter von 5 Jahren ins Bett? Ja Nein
- Hat/hatte Ihr Kind Schwierigkeiten sich selber anzuziehen? Ja Nein
- Ist Ihr Kind ängstlich, schreckhaft oder geräuschempfindlich? Ja Nein
- Kann sich Ihr Kind über einen längeren Zeitraum allein beschäftigen? Ja Nein
- Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit? Ja Nein

Schulalter:

- Macht Ihr Kind alleine Hausaufgaben? Ja Nein
- Wie viel Zeit benötigt es dafür? _____
- Hatte Ihr Kind in den ersten zwei Grundschuljahren Schwierigkeiten, das Lesen zu lernen? Ja Nein
- Hatte es Schwierigkeiten beim Schreiben lernen? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Probleme, nach der Druckschrift die Schreibschrift zu erlernen? Ja Nein
- Gibt es Schwierigkeiten im Bereich der Mathematik? Ja Nein
- Hatte es Schwierigkeiten, die Uhrzeit abzulesen? Ja Nein
- Hatte es Schwierigkeiten, Schwimmen zu lernen? Ja Nein
- Konnte es besser unter als über Wasser schwimmen? Ja Nein
- Hat/hatte Ihr Kind häufige Hals-, Nasen-, Ohreninfekte? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten einen kleinen Ball zu fangen? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten still zu sitzen? Ja Nein

