

<p>Dr. med.Ulrich Kraft Heilpraktiker</p> <p>Email: info@ulrich-kraft.de www.ulrich-kraft.de</p>	
--	--

Erhebungsbogen – kindliche Entwicklung

Um Sie erfolgreich beraten zu können und um uns auf das Gespräch mit Ihnen vorbereiten zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie bitte aus.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen vor Ihrem Termin bei uns zu.

Patient	Zuname Vorname Geburtsdatum
Anschrift	Straße Hausnummer Postleitzahl Ort
	Telefon E-Mail-Adresse Fax:
Bei Kindern bitte auch Angaben zu den Eltern	Mutter
	Zuname Vorname Geburtsdatum
	Beruf
	Vater
	Zuname Vorname Geburtsdatum
	Beruf
Tätigkeiten Bitte ausführlich beschreiben	

0 = nie, nein, trifft nicht zu	2 = oft, erheblich, trifft überwiegend zu
1 = selten, kaum, gelegentlich zutreffend	3 = immer, sehr, trifft ganz besonders zu

Wenn die Frage etwas Typisches anspricht, schildern Sie die Situation in eigenen Worten (auf einem Extrablatt). Im Gespräch gehen wir den Bogen dann gemeinsam durch.

<input type="checkbox"/> Leibliches Kind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Adoptivkind	
Wie viele Schwangerschaften hatten Sie insgesamt?			
Abort:		Fehlgeburt:	
Namen und Geburtsjahr der Geschwister:			
	Name und Geburtsjahr	Wichtiges, z.B. Krankheiten	
1.			
2.			
3.			
Schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Allergien, Haut-, Herzkrankheiten):			
Operationen, Klinikaufenthalte:			
Probleme in der Schwangerschaft?			
<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin / Alkohol	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen
<input type="checkbox"/> Stress: Beruf / Privat	Krankheiten:		
Beschreibung der Probleme:			
Geburt	Schwangerschaftswoche:	Dauer in Stunden:	
Komplikationen:			
Gewicht:	Größe:	Kopfumfang:	Apgar:
Probleme nach der Geburt: ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>			
Sauerstoffgabe <input type="checkbox"/>	Kinderklinik <input type="checkbox"/>	Gelbsucht / Hyperbilirubinämie <input type="checkbox"/>	
Andere Probleme:			
Stillen ja <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Stillen nein <input type="checkbox"/>	Welche Nahrung:		
Fremdbetreuung (außer Kindergarten, Schule) durch:			
Großeltern <input type="checkbox"/>	Tagesmutter <input type="checkbox"/>	Krabbelgruppe <input type="checkbox"/>	
Händigkeit	Rechtshänder <input type="checkbox"/>	Linkshänder <input type="checkbox"/>	Beidhändig <input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie für jede Beschreibung die zutreffende Zahl an.		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
1. Lebensjahr					
1.	Es gab Trinkschwierigkeiten/ Ernährungsprobleme	0	1	2	3
2.	Es gab schwere Schlafstörungen	0	1	2	3
3.	Auffallendes Schreiverhalten	0	1	2	3
4.	Schreckhaftigkeit	0	1	2	3
5.	Drehen vom Rücken auf den Bauch war verspätet	0	1	2	3
6.	Richtiges Sitzen erfolgte verspätet	0	1	2	3
7.	Krabbeln erfolgte verspätet oder gar nicht	0	1	2	3
8.	Auffallendes oder verspätetes Laufen	0	1	2	3
9.	KISS-Syndrom wurde behandelt	0	1	2	3
Kleinkinderzeit bis Kindergarten					
10.	Die Sprachentwicklung war verzögert oder auffallend	0	1	2	3
11.	Die Zeit der „Erprobung“ und Entdeckung war extrem anstrengend	0	1	2	3
12.	Unberechenbares Verhalten	0	1	2	3
13.	Stimmungsschwankungen	0	1	2	3
14.	Große Ablenkbarkeit	0	1	2	3
15.	Kind hing am „Rockzipfel“	0	1	2	3
16.	„Weglaufen“ war ein Problem, geht mit jedem kritiklos mit	0	1	2	3
17.	Häufige Unfälle	0	1	2	3
18.	Eckige, ungeschickte und ruckartige Bewegungen	0	1	2	3
19.	Über lange Zeit starker Speichelfluss	0	1	2	3
20.	Probleme mit dem Essen	0	1	2	3
21.	Das Kind brauchte immer jemanden zum Mitspielen	0	1	2	3
22.	Bauklotz- und Lego-Spiele waren unbeliebt	0	1	2	3
23.	Puzzlespielen war unbeliebt	0	1	2	3
24.	Schwierigkeiten im Spiel mit Gleichaltrigen	0	1	2	3
25.	Spielt lieber mit jüngeren Kindern	0	1	2	3
Kindergarten bis Schule					
26.	Kindergartenbesuch war nicht nur am Anfang schwierig	0	1	2	3
27.	Alter bei Kindergartenbeginn:				
28.	Gruppengröße: Kinder				
29.	Kindergartenbesuch ist/war immer ein Kampf	0	1	2	3
30.	Gruppenspiele werden abgelehnt oder verweigert	0	1	2	3
31.	Einzelgänger / Außenseiter	0	1	2	3
32.	Kind gilt als Spielverderber	0	1	2	3

33.	Kind gilt als aggressiv	0	1	2	3
34.	Geringe Konzentration, macht nichts oder wenig bis zum Ende	0	1	2	3
35.	Probleme beim Einschlafen	0	1	2	3
36.	Probleme beim Durchschlafen	0	1	2	3
37.	Probleme mit dem selbständigen Anziehen	0	1	2	3
38.	Größere Probleme mit der Sauberkeit	0	1	2	3
39.	Nägelkauen	0	1	2	3
40.	Distanzloses Verhalten	0	1	2	3
41.	Marotten, Grimassieren, unpassender Gesichtsausdruck	0	1	2	3
42.	Auffallende, ungewöhnliche Essgewohnheiten Welche?	0	1	2	3
43.	Tics? Welche	0	1	2	3
44.	Sauberwerden nach dem 4. Geburtstag	0	1	2	3
45.	Komplett sauber und trocken	0	1	2	3
46.	Aktueller Stand der Sauberkeitserziehung Noch Probleme bei der Sauberkeitserziehung Trocken <input type="checkbox"/> Gel Hose feucht <input type="checkbox"/> Einnässen nachts <input type="checkbox"/> Einnässen immer <input type="checkbox"/> Sauber <input type="checkbox"/> Gel. Schmierspür <input type="checkbox"/> Meist Schmierspür <input type="checkbox"/> Einkoten <input type="checkbox"/>				
47.	Auffallende und ungewöhnliche Verhaltensweisen:				
48.	Dreirad-Fahren ab: Jahre				
49.	Fahrrad-Fahren ab: Jahre				
50.	Auffallendes Verhalten beim Schaukeln	0	1	2	3
51.	Schwierigkeiten beim Einschätzen von Gefahren	0	1	2	3
52.	Malen unbeliebt	0	1	2	3
53.	Basteln unbeliebt	0	1	2	3
54.	Körperkontakt abgelehnt	0	1	2	3
55.	Lehnt Zärtlichkeiten/Schmusen ab	0	1	2	3
56.	Probleme beim Erlernen der Uhrzeit	0	1	2	3
57.	Probleme beim Erlernen der Wochentage/Monate	0	1	2	3
58.	Probleme beim Erlernen von rechts und links	0	1	2	3
59.	Probleme beim Erlernen des Schuhbindens	0	1	2	3
60.	Probleme beim Erlernen des Radfahrens	0	1	2	3
61.	Probleme beim Erlernen des Schwimmens	0	1	2	3
62.	Probleme beim Spielen (z.B. Monopol/, Mensch-ärgere-dich-nicht)	0	1	2	3

				unsensibel				
97.	Das Kind hat folgende Hobbys/besondere Interessen:							
Situation der Eltern								
98.	Die Eltern sind							
	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> allein erziehend					
	<input type="checkbox"/> wieder verheiratet, seit	<input type="checkbox"/> neuer Partner, seit						
99.	Mutter:		Geboren:					
	Erlerner Beruf:		Ausgeübter Beruf:					
100.	Vater		Geboren:					
	Erlerner Beruf:		Ausgeübter Beruf:					
	Wie oft ist der Vater zu Hause:							
	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> Schichtdienst	<input type="checkbox"/> lange Abwesenheit				
Bei Scheidung der Eltern: Besuchsregelung:								
101.	Bei der Familie (Wohnung/Haus) leben noch:							
102.	Erziehungsstil der Mutter							
	<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> streng	<input type="checkbox"/> großzügig	<input type="checkbox"/> unsicher				
103.	Erziehungsstil des Vaters							
	<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> streng	<input type="checkbox"/> großzügig	<input type="checkbox"/> unsicher				
104.	Mutter hält den Erziehungsstil des Partners für:							
	<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> streng	<input type="checkbox"/> großzügig	<input type="checkbox"/> unsicher				
105.	Mutter hält den Erziehungsstil des Partners für:							
	<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> streng	<input type="checkbox"/> großzügig	<input type="checkbox"/> unsicher				
106.	Streit der Eltern über die Erziehung			0	1	2	3	
107.	Probleme der Eltern in der Partnerschaft			0	1	2	3	
108.	Größere Probleme des Kindes mit seinen Geschwistern			0	1	2	3	
109.	Ähnliche Probleme mit einem Elternteil			0	1	2	3	
110.	Das Kind ist „schwierig“			0	1	2	3	
111.	Ich fühle mich durch dieses Kind stark belastet			0	1	2	3	
112.	Ich fühle mich im Umgang mit dem Kind oft hilflos			0	1	2	3	
113.	Ich fühle mich im Umgang mit dem Kind als Versager			0	1	2	3	
114.	Das Kind macht mich oft aggressiv			0	1	2	3	
115.	Das Kind bringt mich oft in Wut			0	1	2	3	
Betreuung								
116.	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin („Kinderarzt“)				Ja		Nein	
117.	Kinder- und Jugendpsychiater				Ja		Nein	
118.	Allgemeinarzt				Ja		Nein	
119.	Psychologin/Psychologe				Ja		Nein	

120.	Erziehungs- und Beratungsstelle	Ja	Nein
121.	Selbsthilfegruppe	Ja	Nein
122.	Heilpraktiker	Ja	Nein
123.	Manualtherapeut und/oder Orthopäde	Ja	Nein
124.	Augenarzt und/oder Optiker	Ja	Nein
125.	Andere?		
126.	Wo erhielten Sie die beste Hilfe? Was bisher die wirksamste Therapie?		
Therapiemaßnahmen			
127.	Stimulantientherapie /Methylphenidat: Medikinet /Ritalin /Concerta /Equasym Therapeut? Wann und wie lange?	Ja	Nein
128.	Andere Medikamente: Therapeut? Wann und wie lange?	Ja	Nein
129.	Nahrungsergänzungsmittel Therapeut? Wann und wie lange?	Ja	Nein
130.	Frühförderung Therapeut? Wann und wie lange?	Ja	Nein
131.	INPP Therapeut? Wann und wie lange?	Ja	Nein
132.	Heilpädagogische Betreuung Therapeut? Wann und wie lange?	Ja	Nein
133.	Psychotherapie Therapeut? Wann und wie lange?	Ja	Nein
134.	Ergotherapie Therapeut? Wann und wie lange?	Ja	Nein
135.	Logopädie Therapeut? Wann und wie lange?	Ja	Nein
136.	Diät	Ja	Nein
137.	Homöopathie Therapeut? Wann und wie lange?	Ja	Nein
138.	Andere Therapien: Therapeut? Wann und wie lange? Welche Therapie?	Ja	Nein

Herzlichen Dank und für Ihre Geduld und Ihre Bereitschaft zur Beantwortung all dieser Fragen.