

|         |  |
|---------|--|
| EG am   |  |
| Uhrzeit |  |
| MA      |  |

Damit wir uns so gut wie möglich auf das erste Gespräch mit Ihnen vorbereiten können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen, soweit Ihnen möglich, auszufüllen und schnellstmöglich an die **Interdisziplinäre Frühförderung Rems-Murr, Diakonie Stetten e. V., Am Jakobsweg 2, 71364 Winnenden** zu schicken.

*Vielen Dank!*

#### Angaben zum Kind

|                     |  |  |  |              |  |
|---------------------|--|--|--|--------------|--|
| Nachname            |  | Vorname  |  | Geburtsdatum |  |
| Staatsangehörigkeit |  | Welche Sprache wird in Ihrer Familie gesprochen? |  |              |  |

#### Angaben zu Geschwistern

|          |  |         |  |              |  |
|----------|--|---------|--|--------------|--|
| Nachname |  | Vorname |  | Geburtsdatum |  |
|----------|--|---------|--|--------------|--|

#### Angaben zur Mutter

|          |  |         |  |              |  |
|----------|--|---------|--|--------------|--|
| Nachname |  | Vorname |  | Geburtsdatum |  |
|----------|--|---------|--|--------------|--|

#### Angaben zum Vater

|          |  |         |  |              |  |
|----------|--|---------|--|--------------|--|
| Nachname |  | Vorname |  | Geburtsdatum |  |
|----------|--|---------|--|--------------|--|

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)   |   |                       |  |
| Sind Sie innerhalb des letzten halben Jahres aus einem anderen Landkreis zugezogen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, aus welchem? |  |
| Haben Sie dort Leistungen erhalten (Eingliederungshilfe)?                           |   |                       |  |

#### Weshalb möchten Sie ihr Kind an unserer Frühberatungsstelle vorstellen? Was macht Ihnen Sorgen?

#### Welche Hilfen benötigt Ihr Kind, welche Hilfen benötigen Sie?

**Bitte helfen Sie uns weiter,  
mit Angaben zur Vorgeschichte Ihres Kindes**

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Wurde Ihr Kind bereits an unserer Frühberatungsstelle oder an anderen Beratungsstellen vorgestellt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |   |
| Wurde Ihr Kind bereits an einem Sozialpädiatrischen Zentrum oder anderen Kliniken vorgestellt?      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |   |
| Falls ja, wurden Ihnen Diagnosen mitgeteilt?  |   |   |   |
| Erhielt oder erhält Ihr Kind Therapien oder andere Förderangebote?                                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |   |
| Falls ja, was?<br>(z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie)                                 |   |   |   |
| Besucht Ihr Kind bereits einen Kindergarten oder andere Betreuungseinrichtungen?                    | <input type="checkbox"/> ja                               | Falls ja, seit wann?                      |   |
|   | <input type="checkbox"/> nein                             | Falls nein, ist ein Kindergarten geplant? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

**mit Angaben zur Schwangerschaft**

|  |   |  |       |
|--|---|--|-------|
| Gibt es Einträge im Mutterpass oder dem gelben Vorsorgeheft?<br><br>Wenn ja, welche?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |       |
| Gab es Komplikationen oder besondere Belastungen während der Schwangerschaft?<br><br>Wenn ja: Bitte beschreiben Sie diese    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |       |
| In welcher Schwangerschaftswoche fand die Entbindung statt?  |   |  |       |
| Gab es Komplikationen bei der Geburt?<br><br>Wenn ja, welche?<br>(Kaiserschnitt, Mehrlingsgeburt, Herztöne, lange Geburt...) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |       |
| Wie groß und schwer war Ihr Kind bei der Geburt?   | Gewicht   |  | Größe |
| APGAR-Werte/ PH-Werte (siehe gelbes Vorsorgeheft)  |   |  |       |

**mit Angaben zur Säuglingszeit**

|  |  |                        |  |
|--|--|------------------------|--|
| Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?         | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Falls ja, warum?       |  |
| Gab es in den ersten Monaten Still- oder Ernährungsprobleme? | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Falls ja, welcher Art? |  |
| Gab es in den ersten Monaten Schlafprobleme?                 | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Falls ja, welcher Art? |  |

|   |  |                               |              |
|---|--|-------------------------------|--------------|
| Hat Ihr Kind viel geweint?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    |                               |              |
| Wie verlief die weitere Entwicklung?  | Erstes Lächeln   |                               | Monate       |
|   | Gezieltes Greifen  |                               | Monate       |
|   | Drehen von Rückenlage in Bauchlage                           |                               | Monate       |
|   | Freies Sitzen  |                               | Monate       |
|   | Robben/Krabbeln  |                               | Monate       |
|   | Selbständiges Laufen   |                               | Monate       |
|   | Tagsüber/nachts trocken und sauber                           |                               | Monate/Jahre |
|   | Hat ihr Kind lautiert?                                       |                               | Monate       |
|   | Wann sprach es erste Worte mit Bedeutung?                    |                               | Monate/Jahre |
| Zeigte Ihr Kind vor dem 1. Geburtstag deutliche Reaktionen auf fremde Personen? | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Falls ja, mit wieviel Monaten |              |
|   |  | Bitte beschreiben Sie diese   |              |
| Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle...?                         | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Falls ja, wann?               |              |
|   |  | Bitte beschreiben Sie diese   |              |
| Haben Sie noch weitere wichtige Informationen, die wir benötigen?               |  |                               |              |

Datum

Unterschrift

**Vielen Dank, dass Sie unsere Fragen beantwortet haben.**