



HNO_Fragebogen Basisdokumentation_PP_ohne kindliche Entwicklung

Formular

Bitte Fragebogen vollständig ausfüllen!

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

1. Warum soll Ihr Kind bei uns untersucht werden?

(Sie können hier mehrere Punkte ankreuzen)

- Es kann vielleicht nicht richtig hören
- Es versteht vieles falsch
- Es trägt Hörgeräte
- Es hat oft Ohrentzündungen
- Es schnarcht/atmet durch den Mund
- Es näselt („spricht durch die Nase“)
- Es hat ein Syndrom, welches: _____
- Es erhält logopädische Sprachtherapie
- Die Familie ist durch eine erbliche Erkrankung belastet (z.B. Schwerhörigkeit)
Welche: _____
- Es hat Probleme beim Schreiben und / oder Lesen
- Es ist auffallend unkonzentriert
- Es ist auffallend unaufmerksam
- Es spricht noch gar nichts
- Es spricht (zu) wenig
- Es spricht undeutlich / unverständlich
- Es stottert
- Es ist heiser
- Es schluckt / isst nicht richtig
- Es hat vielleicht eine Wahrnehmungsstörung
(Eine Wahrnehmungsstörung ist erst ab dem Vorschulalter diagnostizierbar)

2. Welche Fragen haben Sie an uns?



HNO_Fragebogen Basisdokumentation_PP_ohne kindliche Entwicklung

Formular

3. Angaben zur Schwangerschaft?

Traten in der Schwangerschaft mit dem Kind Probleme auf?

(Sie können hier mehrere Punkte ankreuzen)

- Nein
- Keine Angabe möglich, da Adoptiv- oder Pflegekind
- Ja, und zwar
- Blutungen
 - In welcher Schwangerschaftswoche etwa? _____
 - Hat die Mutter deshalb liegen müssen? Ja Nein
 - Hat die Mutter deshalb Medikamente erhalten Ja Nein
 - Vorzeitige Wehen
 - In welcher Schwangerschaftswoche etwa? _____
 - Hat die Mutter deshalb liegen müssen? Ja Nein
 - Hat die Mutter deshalb Medikamente erhalten Ja Nein
 - Bluthochdruck der Mutter
 - Ab welcher Schwangerschaftswoche etwa? _____
 - Zuckerkrankheit (Diabetes) der Mutter
 - Ab welcher Schwangerschaftswoche etwa? _____
 - „Schwangerschaftsvergiftung“ (EPH-Gestose)
 - Ab welcher Schwangerschaftswoche etwa? _____
 - Infektionserkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft
 - Welche _____
 - Wann _____
 - Weitere Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft:
 - _____
 - _____

4. Angaben zur Geburt

- Keine Angabe möglich, da Adoptiv- oder Pflegekind

Wann war die Geburt?

- Etwa zum Termin (bis zu einer Woche vor oder nach dem Termin)
- Zu früh, in der _____ Schwangerschaftswoche
- Zu spät, in der _____ Schwangerschaftswoche
- Normale Entbindung

**HNO_Fragebogen Basisdokumentation_PP_ohne kindliche Entwicklung**

Formular

- Besonderheiten bei der Entbindung
 - medikamentös eingeleitet
 - Kaiserschnitt
 - Steißlage
 - Saugglocke
 - Zangengeburt

Wie groß war das Kind bei der Geburt? _____

Wie schwer war das Kind bei der Geburt? _____

Wie war der APGAR-WERT (siehe gelbes Untersuchungsheft)? _____

Wie war das Fruchtwasser?

- unauffällig
- nicht bekannt
- grün
- zu viel
- zu wenig

Gab es Komplikationen?

(Sie können hier mehrere Punkte ankreuzen)

- Nein
- Das Kind musste beatmet werden.
Wie lange etwa? _____
- Das Kind war nach der Geburt gelb (Neugeborenenikterus)
- Es war eine UV-Licht-Behandlung notwendig.
Wie lange etwa? _____
- Es war ein Blutaustausch notwendig.
- Das Kind wurde auf einer Intensivstation behandelt.
Wie lange etwa? _____

Alter der Mutter bei der Geburt _____

Alter des Vaters bei der Geburt _____

5. Liegen bei Ihrem Kind angeborene Erkrankungen vor?

(Sie können hier mehrere Punkte ankreuzen)

- Nein
- Lippen-Kiefer- oder Gaumenspalte
- M. Down (Trisomie 21)
- Ohrmissbildung
- Schwerhörigkeit
- Augenerkrankung
Welche? _____



HNO_Fragebogen Basisdokumentation_PP_ohne kindliche Entwicklung

Formular

- Stoffwechselerkrankung
Welche? _____
- Andere
Welche? _____

6. Bisherige Erkrankungen und Kinderkrankheiten?

(Sie können hier mehrere Punkte ankreuzen)

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pseudocroupanfalle | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Schädelbruch | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Gehirn- oder Hirnhautentzündung
(Enzephalitis, Meningitis) | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Krampfleiden | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Andere: | _____ |
-
- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Drei-Tage-Fieber |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | |

7. Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?

(Sie können hier mehrere Punkte ankreuzen)

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | |
| <input type="checkbox"/> Rachenmandeln (sog. Polypen) | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Mandelentfernung | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellschnitt | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Paukenröhrchen | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Operationen: | |
| _____ | |
| _____ | |

**HNO_Fragebogen Basisdokumentation_PP_ohne kindliche Entwicklung**

Formular

8. Körpergewicht und Größe

Das Kind ist im Augenblick _____ cm groß und wiegt _____ kg.

9. Aufmerksamkeit, Konzentration

Ist Ihr Kind auffällig unaufmerksam und unkonzentriert?

- Nein
 Ja

Wer hat das beobachtet?

- Eltern
 Andere, und zwar _____

Wie lange kann sich Ihr Kind mit einer Tätigkeit beschäftigen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 5-10 Minuten | <input type="checkbox"/> 40-50 Minuten |
| <input type="checkbox"/> 10-20 Minuten | <input type="checkbox"/> 50-60 Minuten |
| <input type="checkbox"/> 20-30 Minuten | <input type="checkbox"/> Mehr als eine Stunde |
| <input type="checkbox"/> 30-40 Minuten | |

10. Verhalten, Schlaf, Sauberkeit

Ist Ihr Kind auffällig aggressiv?

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar | <input type="checkbox"/> gegen Geschwister | <input type="checkbox"/> gegen Tiere |
| | | <input type="checkbox"/> gegen andere Kinder | <input type="checkbox"/> gegen Gegenstände |
| | | <input type="checkbox"/> gegen Erwachsene | |

Wer hat das „aggressive“ Verhalten beobachtet?

- Sie selbst andere Personen, und zwar _____

Schläft Ihr Kind normal durch?

- Nein Ja

Trägt Ihr Kind noch Windeln?

- Nein Ja
- tagsüber und nachts
 nur nachts

Benutzt Ihr Kind einen Schnuller bzw. lutscht es am Daumen?

- Nein Schnuller Daumen



HNO_Fragebogen Basisdokumentation_PP_ohne kindliche Entwicklung

Formular

Wie isst/trinkt Ihr Kind?

- Nuckelflasche wird gestillt
 Magensonde (PEG) wird gefüttert
 isst / trinkt selbstständig

11. Bisherige Förderung und Behandlung

Befindet oder befand sich Ihr Kind in einer Förderung oder Behandlung?

- Nein
 Ja, und zwar

<input type="checkbox"/> Frühförderung	seit wann? _____	bis wann? _____
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	seit wann? _____	bis wann? _____
<input type="checkbox"/> Logopädie	seit wann? _____	bis wann? _____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	seit wann? _____	bis wann? _____
<input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____		

Wird Ihr Kind von einer der folgenden medizinischen Einrichtungen betreut?

- Kinderklinik Ort: _____
 Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Ort: _____
 Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) Ort: _____
 Andere: _____

12. Krabbelgruppe, Kindergarten, Schule

Ist Ihr Kind in einer Krabbelgruppe, Krippe oder in einer Kindergruppe mit Tagesmutter?

- Nein Krippe
 Krabbelgruppe Kindergruppe mit Tagesmutter
 Andere: _____

Seit wann ist Ihr Kind dort: _____

Wie viele Stunden pro Woche ist Ihr Kind dort insgesamt?

- unter 4 Std./Woche 11-20 Std./Woche
 4-10 St./Woche mehr als 20 Std./Woche

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten?

- Nein SVE
 Regelkindergarten Andere: _____

Seit wann ist Ihr Kind dort: _____



HNO_Fragebogen Basisdokumentation_PP_ohne kindliche Entwicklung

Formular

Besucht Ihr Kind eine Schule?

- Nein
- Grundschule
- Diagnose-Förderklasse
- Hauptschule
- Realschule
- Gymnasium
- Andere: _____

Jahr der Einschulung: _____ Klasse: _____

13. Fragen über die Familie des Kindes

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

- Nein
- Ja

Welche Sprache wird überwiegend mit dem Kind gesprochen:

Welche weiteren Sprachen werden mit dem Kind gesprochen:

Wie viele Kinder haben Sie? _____

Davon leben in der Familie? _____

Das wievielte Kind ist Ihre Tochter / Ihr Sohn?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

In welchem Alter sprach Ihr Kind erste Wörter (keine Kindersprache wie „wauwau“ „ham“)?

Mit _____ Monaten

Haben Familienmitglieder Schwierigkeiten mit der Sprachentwicklung?

- Nein
- Ja, wer: _____

welche : _____

14. Fragen über die Eltern des Kindes

Alleinerziehend?

- Nein
- Mutter
- Vater
- Sonstige: _____



HNO_Fragebogen Basisdokumentation_PP_ohne kindliche Entwicklung

Formular

Sorgerecht?

 beide Eltern
gemeinsam

 Mutter

 Vater

 Sonstige: _____

15. Fragen zur Mutter

Bildungsabschluss:

 kein

 Hauptschule

 Mittlere Reife

 Fach-/Hochschulreife

 Sonstige: _____

In Ausbildung?

 Nein

 Ja

Welcher Beruf wurde erlernt: _____

In welchem Beruf erwerbstätig? _____

Aktuell erwerbstätig?

 Nein

 Ja, in welchem Umfang

 ganztags

 dreivierteltags

 halbtags

 Weniger als halbtags

16. Fragen zum Vater

Bildungsabschluss:

 kein

 Hauptschule

 Mittlere Reife

 Fach-/Hochschulreife

 Sonstige: _____

In Ausbildung?

 Nein

 Ja

Welcher Beruf wurde erlernt: _____

In welchem Beruf erwerbstätig? _____

Aktuell erwerbstätig?

 Nein

 Ja, in welchem Umfang

 ganztags

 dreivierteltags

 halbtags

 Weniger als halbtags