

Probleme bei / nach der Geburt

Auffälligkeiten bei den Vorsorgeuntersuchungen (Ziffern, evtl. Bemerkungen)

	Datum	Länge	Gewicht	Kopfumfang	Bemerkungen
U2					
U3					
U4					
U5					
U6					
U7					
U7a					
U8					
U9					
J1					

Mit wieviel Monaten konnte Ihr Kind sich aufsetzen? Mon. krabbeln? Mon.
sich aufstellen? Mon. frei laufen? Mon. das erste Wort sprechen? Mon.

War die Sprachentwicklung normal oder auffällig? (ggf. welche Probleme)

Bestanden oder bestehen Ernährungsprobleme (ggf. welche)?

Mit wieviel Jahren war Ihr Kind sauber? tags Jahre nachts Jahre

Wer hat Ihr Kind außer Ihnen auch betreut?

Welchen Kindergarten besucht(e) Ihr Kind?

Welche (Vor-) Schule(n) besucht(e) Ihr Kind?

Welche besonderen Erkrankungen / Operationen hatte Ihr Kind bisher?

War Ihr Kind schon in einer Klinik oder zur Kur (wann,wo, warum)?

Welche Dauermedikamente erhielt / erhält Ihr Kind?

--

Welche Therapien oder Beratungen wurden / werden durchgeführt (Name-Zeitraum)

	Therapeut(in)	von	> bis
Krankengymnastik			
Frühförderung			
Sprachtherapie			
Ergotherapie			
Psychomotorik			
Psychotherapie			
Familienhilfe			
sonstige?			

Welche Ärzte / Ärztinnen betreuen / betreuten Ihr Kind (Name, Fachrichtung, Anschrift)?

Sind Sie damit einverstanden, dass wir bei Bedarf Berichte über Ihr Kind bei ÄrztInnen, TherapeutInnen, Kliniken oder Einrichtungen anfordern?

ja nein

Datum Unterschrift(en)