**I. Daten zur Person**

|  |  |
| --- | --- |
| Name Ihres Kindes: | Geburtsdatum: |
| Namen der Kindeseltern: |
| Namen und Alter der Geschwister: |
| Besteht eine alleinige oder eine geteilte Obsorge? | Name des/der Obsorgeberechtigten:  |

**2. Lebensgeschichtliche Entwicklung**

|  |
| --- |
| **Schwangerschaft und Geburt** |
| Bitte beschreiben Sie im Folgenden kurz den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt, sowie etwaige Erkrankungen der Mutter oder des Kindes, seelische oder körperliche Belastungen:  |
| Das Kind war eine Früh-/ Spät-/ Normalgeburt:  |
| Geburtsgewicht: | Größe: |
| Geburtskomplikationen (z.B. Saugglockenentbindung, Sturzgeburt, verlängerte Wehentätigkeit, Kaiserschnitt usw.) oder Auffälligkeiten beim Kind (Reflexe, …) |
| Wie erging es Ihnen in den ersten Wochen und Monaten nach der Geburt? |

|  |
| --- |
| **MEILENSTEINE – Bitte beschreiben Sie im Zuge der folgenden Punkte kurz die Entwicklung Ihres Kindes:**  |
| In etwa welchem Alter lernte Ihr Kind* Sitzen:
* Krabbeln:
* Gehen:
* Sprechen:
 |
| Wie würden Sie Ihr Kind als Baby beschreiben (ruhig, aktiv, neugierig, unruhig, „fremdeln“,..)? |
| Wie war das Schlafverhalten Ihres Kindes als Baby und wie ist es heute? Ab welchem Alter schlief Ihr Kind in der Nacht durch bzw. alleine? |
| Ab welchem Alter war ihr Kind selbstständig sauber? Gab es Auffälligkeiten in der Sauberkeitsentwicklung? |
| Wie entwickelte sich die Sprache Ihres Kindes? Gab oder gibt es Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, z.B. später Beginn, Sprechfehler o.ä.? |
| Grobmotorik: Laufen, Radfahren, Schwimmen, Klettern, Koordination, Gleichgewicht halten – lernte ihr Kind das leicht/schwer oder altersangemessen? War/ist es eher vorsichtig oder „draufgängerisch“? |
| Feinmotorik und visuelle Wahrnehmung (z.B. Zeichnen, schreiben, mit der Schere schneiden): |
| Körperwahrnehmung (empfindsam bei Berührungen; mag bestimmte Materialien nicht; kuschelt gern/ungern): |
| Wie ist das Spielverhalten Ihres Kindes (z.B. Ausdauer, Kreativität, Vorlieben)? Und geben Sie bitte den täglichen durchschnittlichen Medienkonsum Ihres Kindes an (Tablet, TV, Handy).  |
| Wie schätzen Sie die Selbstständigkeit Ihres Kindes ein (z.B. Kindergarteneintritt, Wunsch nach Autonomie, Unsicherheit, Klammern)? |
| Gab/gibt es in der Entwicklung Ihres Kindes bestimmte Auffälligkeiten, die Sie noch nicht erwähnt haben? |

|  |
| --- |
| Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind am besten? Worauf sind Sie stolz? |

|  |
| --- |
| **Familie und sozialer Hintergrund:** |
| Wer wohnt im Moment mit dem Kind im selben Haushalt? |
| Getrennt lebende Elternteile: Wann fand die Trennung statt? Wie gestaltet sich der Kontakt zum Kind? Gibt es bestimmte Besuchs-, Wochenendregelungen etc.? |
| Welche Personen waren früher (sind jetzt) an der Erziehung des Kindes beteiligt? |
| Wie versteht sich Ihr Kind mit seinen/ihren Geschwistern? |
| Mit wem ist Ihr Kind besonders gern zusammen? |
| Gab es bisher ungewöhnliche und traumatische bzw. für das Kind belastende Lebensbedingungen? |

|  |
| --- |
| **Kindergarten/Schule/Nachmittagsbetreuung** |
| Welche/n Kinderkrippe/ Kindergarten/ Schule besucht Ihr Kind: □ keine/n□ beschreiben Sie bitte, in welcher Einrichtung Ihr Kind war / ist:

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung (bitte genaue Bezeichnung) | von Jahr – bis Jahr |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |
| Wie geht es Ihrem Kind in der Einrichtung, die es aktuell besucht (geht gerne hin, fühlt sich wohl/unwohl…)? |
| Gibt es Belastungen in Kindergarten oder Schule (Gruppen- und Klassengröße; Anteil verhaltensauffälliger Kinder in Kindergarten und Schule)? |
| Wie geht es ihm/ihr mit Freundschaften im Kindergarten/in der Schule? Kann er/sie schnell Freundschaften schließen? Ist er/sie in der Gemeinschaft gut integriert? Wird er von den anderen geärgert oder gemieden? |
| Wie gestaltet sich die Beziehung der KindergartenpädagogInnen/LehrerInnen bzw. Betreuungspersonen zu Ihrem Kind und umgekehrt? |
| Für Schulkinder: Sind bei Ihrem Kind schon einmal Lernschwierigkeiten oder andere Probleme in der Schule aufgetreten? □ nein □ ja, bitte beschreiben:Wann fingen die Probleme an?Haben diese Probleme aufgehört? □ nein □ ja, wann: |

|  |
| --- |
| Besucht ihr Kind eine Nachmittagsbetreuung? Wenn ja, bitte geben Sie an, an wie vielen Tagen in der Woche und ob es ggf. dort die Hausübung macht:Bitte beschreiben Sie kurz die Hausübungssituation mit ihrem Kind: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Anlass der Diagnostik**

|  |
| --- |
|  **Warum kommen Sie zur Abklärung? Ziel? Welche Erwartungen haben Sie?** |
|  |
| Seit wann besteht das derzeitige Problem? Können Sie dafür einen klaren Beginn oder einen „Auslöser“ festmachen? |
| Wie wirkt sich das derzeitige Problem auf Aktivitäten, Kompetenzen, Interessen, Atmosphäre in der Familie oder Beziehungen Ihres Kindes aus (Einschränkungen)? |
| Wurden im bisherigen Entwicklungsverlauf des Kindes schon andere fördernde Maßnahmen in Anspruch genommen (z.B. Logopädie, Ergotherapie, IZB-Team im KIGA, Psychotherapie, Frühförderung...)? Wenn ja, wann und über welchen Zeitraum? Mit welcher Diagnose/Begründung? Gibt es darüber schriftliche Berichte (bitte mitbringen!)  |

|  |
| --- |
| **Geben Sie bitte körperlichen Erkrankungen und psychische Störungen bei Familienmitgliedern/ erstgradigen Verwandten an (Art der Erkrankung und Auswirkung auf die Familie):** |
|  |
| **Gibt es zusätzliche erwähnenswerte Erkrankungen bei Ihrem Kind? Gibt es sonst noch Erwähnenswertes (z.B.: Brille, Allergien, etc.)?** |
|  |

 |
|  |
| **Möchten Sie noch etwas ergänzen?** |

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**