

3

In der Familie vorkommende Erkrankungen

Hauptbeschwerden

<input type="checkbox"/> Blutarmut	<input type="checkbox"/> Leber, Galle	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Bluter	<input type="checkbox"/> Lunge, Asthma, TBC	<input type="checkbox"/> Geisteskrankheit
<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Psyche
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Rheumatismus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ekzem, Nesselsucht	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/>

Grosseltern
Eltern
Onkel
Tanten

		Jahrgang	Sterbealter	Krankheiten, Todesursache
Grossmutter	mütterlicherseits			
Grossvater	mütterlicherseits			
Grossmutter	väterlicherseits			
Grossvater	väterlicherseits			
Mutter				
Vater				
Tanten				
Onkel				

Geschwister

Bruder	Schwester	Jahrgang	Krankheiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Bemerkungen

5

Geburt, Wochenbett

Termingeburt? Zu früh, zu spät? Geburtslage?

In welcher Umgebung fand die Geburt statt?

Wie waren die Schmerzen der Mutter während der Geburt (Art, Ausstrahlung, Linderung oder Verstärkung)?

Wie lange dauerte die Geburt? Gab es Schwierigkeiten (Langdauernde, wilde Wehen)?

Wurden Hilfsmittel eingesetzt (Kaiserschnitt, Vakuum-Extraktion, Zange, Dammschnitt, Medikamente)?

Wie war der erste Kontakt mit dem Säugling?

Wie war der körperliche Zustand der Mutter nach der Geburt?

Gab es Komplikationen nach der Geburt (z.B. Blutungen, Infektion)?

Wie war das seelische Befinden während und nach der Geburt?

7

Entwicklung

Gibt es Auffälligkeiten in den folgenden Bereichen?

Erinnern Sie Sich an den ungefähren Zeitpunkt?

Kopfheben?

Krabbeln?

Einseitige Bewegungen?

Zahnen, Eventuelle Beschwerden?

Sitzen?

Stehen?

Gehen?

Gibt es auffällige, sich wiederholende Bewegungen?

Geschicklichkeit?

Bewegungsdrang?

Sprachentwicklung. Deutlichkeit der Aussprache, Stottern, Lispeln?

Reinlichkeit

Zu welchem Zeitpunkt wollte das Kind selbstständig auf WC?

Gab es später einen Rückfall mit Einnässen oder Einkoten?

Wann konnte es sich selber waschen und anziehen?

Auffällige Gewohnheiten

Daumenlutschen, Nagelbeissen, Grimassieren, Nase- Ohrenbohren, Tics, Zähneknirschen, Händewaschen?

Geschlechtliche Entwicklung

Hoden, Brustentwicklung, Schambehaarung, Stimmbruch, Mensesbeginn?

Sexualität. Interesse an sexuellen Fragen? Spiel an den Genitalien, Masturbation?

13

Bitte schildern Sie Auffälligkeiten Ihres Kindes in verschiedenen Entwicklungsphasen.

Soziales Verhalten

Kontakt mit anderen (Bedürfnis nach Nähe, Zärtlichkeit, Trost)?

Stellung des Kindes innerhalb der Familie, im Kindergarten, in der Schule?

Ängste?

Reizbarkeit, Aggression?

Weinen?

Reaktion auf Aufforderungen, Zurechtweisungen, Verbote?

Spielverhalten?

Ordnungssinn?

Interessen, Hobby?

Umgang mit Geld?

Umgang mit Pflanzen und Tieren?

Verhältnis zur Religion?

Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Kindergarten oder Schulbesuch?

Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten?