

Elternfragebogen / Kleinkind-Kindergartenalter

Datum: _____

Name des Kindes: _____

Geburtstag des Kindes: _____

Geschwister/Alter: _____

Wie war die Schwangerschaft? *Gab es Komplikationen? Mussten Sie Medikamente einnehmen?*

Wie war die Geburt? *Termingerecht, spontan oder eingeleitet, Hilfsmittel wie Saugglocke, Kristeller-Griff, Lage, etc.*

Gab es nach der Geburt Besonderheiten/ Auffälligkeiten? *extremes Schreien, Spucken, Bauchweh, Seitbevorzugung?*

Wurde Ihr Kind gestillt? *Falls das Stillen nicht geklappt hat: warum nicht?*

Hatte Ihr Kind ernsthafte Erkrankungen oder Operationen? *bitte bringen Sie alle Befunde, Röntgenbilder, etc mit*

Wie ist das Schlafverhalten? *Einschlafen, Durchschlafen, Dauer, Unruhe, Ängste, Einnässen...*

Braucht Ihr Kind viel Nähe, wie reagiert es auf fremde Personen?

Wie und was spielt Ihr Kind bevorzugt? *Alleine oder gemeinsam, eigene Ideen, braucht es Animation über andere, ausdauernd oder nur kurze Zeit, Lieblingsspielzeuge,...*

Mit welchem Anliegen kommen Sie zu mir? Gibt es aktuelle Beschwerden?

Sind oder waren Sie deshalb bereits in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? *Wenn ja, bei wem?*

Was lieben Sie an Ihrem Kind? Worauf sind sie stolz?

*Sie können mir diesen Fragebogen vorab mailen oder zur ersten Therapie mitbringen.
Vielen Dank!*