

2. b) Welche körperlichen, seelischen und geistigen Erkrankungen und Behinderungen stehen bei Ihrem Kind im Vordergrund? (Art und Beginn/besondere Ereignisse/Komplikationen/Verhaltensauffälligkeiten)
Beschreiben Sie diese mit eigenen Worten.

--

Wann konnte Ihr Kind krabbeln?

Wann konnte Ihr Kind gehen?

Wann konnte Ihr Kind die ersten Worte sprechen?

Wann war die Sauberkeitserziehung Ihres Kindes abgeschlossen?

3. Wie schätzen Sie die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten Ihres Kindes ein?
Bitte geben Sie an, wie **Sie** die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten Ihres Kindes einschätzen – ggf. auch im Vergleich mit gleichaltrigen Kindern.

Bei der selbständigen Fortbewegung:

Bei der Körperpflege:

Bei der Ernährung:

Bei den Ausscheidungen:

Beim An-/Auskleiden:

Beim Hören/Sehen und in der sprachlichen Entwicklung:

In welchen dieser oben genannten Bereiche ist Ihre Kind schon selbstständig bzw. unbeeinträchtigt?

Nur bei Kindern unter 18 Monaten: Bestehen Probleme bei der Nahrungsaufnahme?
Bitte beschreiben Sie die Probleme (Anzahl der Mahlzeiten, Dauer einer durchschnittlichen Mahlzeit).

Kranken-/Pflegeversicherung

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?

Ja Nein

Wenn ja, warum und wie oft?

Welche Hilfsmittel werden genutzt und welche werden Ihrer Einschätzung nach zusätzlich benötigt?

4. Müssen regelmäßig Ärzte oder Klinikambulanzen aufgesucht werden oder fallen regelmäßig Therapiemaßnahmen an? (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Frühförderung)

Name des Arztes/Therapeuten	Adresse	durchschnittliche Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat

Bitte schreiben Sie alle Medikamente auf, die angeordnet sind:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

Kranken-/Pflegeversicherung

Von wem wird die Pflege regelmäßig erbracht? (ggf. ein Beiblatt verwenden)

Zur **Pflege** gehören z. B. die Körperpflege, die Hilfe bei den Toilettengängen und anderen Wegen, das An-/Auskleiden und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, aber auch Betreuung, Beaufsichtigung und Beschäftigung, hauswirtschaftliche und administrative Verrichtungen sowie Medikamentengabe oder andere Behandlungspflege.

Name	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Monat
Pflegedienst	Telefon-Nr.: _____		
Eltern/Angehörige/Schule/Kindergarten	Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____		
Eltern/Angehörige/Schule/Kindergarten	Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____		
Eltern/Angehörige/Schule/Kindergarten	Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____		
Eltern/Angehörige/Schule/Kindergarten	Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____		
Eltern/Angehörige/Schule/Kindergarten	Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____		

Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:

Name	Vorname