

**Dagmar Steffan**

Praxis für Lernbegleitung und persönliche Entfaltung  
Albert-Schäffenacker-Str. 7, 83646 Bad Tölz  
Telefon: 08041/7932346  
E-Mail: [ds@dagmarsteffan.de](mailto:ds@dagmarsteffan.de) [www.dagmarsteffan.de](http://www.dagmarsteffan.de)



**Fragen zum Verhalten und zur Entwicklung Ihres Kindes.**  
(Diesen Fragebogen können Sie zur ersten Sitzung mitbringen)

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschwister mit Geburtsjahr \_\_\_\_\_

Straße, Wohnort \_\_\_\_\_

Ihre Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Gab es während der Schwangerschaft medizinische oder psychische Probleme, bzw. besondere Stressbelastung? Wenn ja, bitte in Stichpunkten beschreiben.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind zum errechneten Termin geboren (+/- 7 Tage)?

Ja 0 Nein, sondern \_\_\_\_\_

War die Geburt in irgendeiner Weise ungewöhnlich – besonders lang/kurz, geplanter/spontaner Kaiserschnitt oder anderes? Bitte kurz beschreiben.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Befinden Ihres Kindes kurz nach der Geburt – Gewicht, Apgar-Werte, Nabelschnur um den Hals, blau verfärbt, Kopf verformt durch Saugglocke, o.a.

---

---

---

War Ihr Kind in den ersten 6 Lebensmonaten in irgendeiner Weise auffällig? ( z.B. Stillprobleme, Schreikind, auffallend ruhig, o.a. )

---

---

---

Ist Ihr Kind „normal“ gekrabbelt oder sah es irgendwie komisch aus?

Normal  Komisch, weil \_\_\_\_\_.

---

Mit wie viel Monaten ist Ihr Kind gelaufen? ca. \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind auf Zehenspitzen gelaufen?

Ja  Nein

Ist Ihr Kind oft gefallen oder hat sich angestoßen?

Ja  Nein

Hat Ihr Kind relativ spät Sprechen gelernt? (2-3 Wort-Sätze älter als 2 Jahre)

Ja  Nein

Leidet Ihr Kind unter Höhenangst?

Ja  Nein

Hat oder hatte Ihr Kind Probleme, das Schwimmen zu lernen?

Ja  Nein

Zeigte Ihr Kind besondere Impfreaktionen? Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

Hat Ihr Kind Allergien/Überempfindlichkeiten? Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

Hatte Ihr Kind in den ersten zwei Lebensjahren schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

Hatte Ihr Kind häufige Erkrankungen im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich?

Ja 0    Nein 0

Hat/hatte Ihr Kind Probleme sich selber anziehen zu lernen, bzw. braucht es zum Anziehen länger als andere Kinder?

Ja 0    Nein 0

Hat Ihr Kind besonders lange am Daumen gelutscht? (Über das dritte Lebensjahr hinaus)

Ja 0    Nein 0

Ist Ihr Kind häufig um den Mund herum wund, bzw. muss sich häufig die Lippen schlecken?

Ja 0    Nein 0

Hat/hatte Ihr Kind Probleme mit Einnässen über ein Alter hinaus, in dem es eigentlich kein Thema mehr sein sollte?

Ja 0    Nein 0

Leidet Ihr Kind unter Reisekrankheit (muss bei Autofahrten erbrechen)?

Ja 0    Nein 0

Hat Ihr Kind auffallend Schwierigkeiten still zu sitzen?

Ja 0    Nein 0

Ist Ihr Kind insgesamt besonders unruhig/zappelig?

Ja 0    Nein 0

Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen? (älter als 5 Jahre)

Ja 0    Nein 0



