

Gibt oder gab es in Ihrer Familie schwere Krankheiten/Erbkrankheiten?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?:

Hat Ihr Kind Geschwister?

Geburtsjahr/e

Welche Schulform besuchen die Geschwister?

Grundschule Gymnasium Realschule IGS
Hauptschule Förderschule

Leben die Geschwister zusammen in einem Haushalt? Ja Nein

Wenn nein, wo lebt das Geschwisterkind?

Wo sehen Sie Ihrer Meinung nach Auffälligkeiten bei Ihrem Kind?

Kindergartenprobleme	<input type="radio"/>	Integrationsprobleme	<input type="radio"/>
Kommunikationsprobleme	<input type="radio"/>	Schulprobleme	<input type="radio"/>
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="radio"/>	Soziales Verhalten	<input type="radio"/>
Geschwisterrivalität	<input type="radio"/>	Körperliche Beeinträchtigungen	<input type="radio"/>
Verweigerungstendenzen	<input type="radio"/>	Seelische Beeinträchtigungen	<input type="radio"/>

In welcher Zeit sind Ihnen diese Probleme erstmals bewusst geworden?

Besucht Ihr Kind einen Verein? Ja Nein

Wenn ja, welche/n?

Sind Ihnen bei Ihrem Kind besondere Fähigkeiten aufgefallen? (z.B. Sport, Musik, künstlerische Aktivitäten, soziales Engagement usw.)

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie zum jetzigen Zeitpunkt Termine wegen derselben Fragestellung bei einem Kollegen oder im Sozialpädiatrischen Zentrum wahr?

Ja

Nein

Bitte teilen Sie uns abschließend noch mit, welche Erwartungen/Zielsetzung Sie mit der Untersuchung/Behandlung verknüpfen? (Beispiele: Therapienotwendigkeit? Begabungsprofil? Entwicklungsstand? etc.)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!