

## Name des Kindes:

**Vorname:** ..... **Nachname:** ..... geb.: .....

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ Nationalität .....  
Muttersprache ☐ deutsch ☐ andere

## I. Anamnese von den Eltern/Erziehungsberechtigten auszufüllen

### Entwicklung allgemein:

Freies Gehen bis zum 18. Monat ☐ ja ☐ später, wann? .....

Erste Worte bis zum 14. Monat ☐ ja ☐ später, wann? .....

Ist ihr Kind Tag und Nacht sauber? ☐ ja ☐ nein Tag: Ja Nein Nacht: Ja Nein

Gibt es Besonderheiten im Sozialverhalten Ihres Kindes? ☐ nein ☐ ja .....

**Besondere Erkrankungen** Allergien ☐ nein ☐ ja, welche? .....

Asthma ☐ nein ☐ ja Heuschnupfen ☐ nein ☐ ja

Epilepsie (Krampfanfälle) ☐ nein ☐ ja Herzfehler ☐ nein ☐ ja

Neurodermitis ☐ nein ☐ ja Zuckerkrankheit ☐ nein ☐ ja

Sonstiges .....

Operationen/schwere Unfälle ☐ nein ☐ ja .....

**benützte Behelfe:** ☐ Brille ☐ Hörhilfe ☐ Schiene ☐ Rollstuhl

☐ sonstige Behelfe: .....

**Hat/hatte ihr Kind folgende Therapien:** ☐ Ergotherapie

☐ Logopädie

☐ Physiotherapie

☐ sonstige .....

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente:** ☐ nein

☐ ja, welche? .....

**Impfungen:** *Mehrfachimpfung* (Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Hib, Hepatitis B) ☐ ja ☐ nein

*MMR* (Masern, Mumps, Röteln) ☐ ja ☐ nein *FSME* ☐ ja ☐ nein

*Pneumokokken* ☐ ja ☐ nein *Rotavirus* ☐ ja ☐ nein

sonstige Impfungen .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

## II. Ärztliche Untersuchung (wird vom Arzt/Ärztin ausgefüllt)



**Untersuchung 1** am ..... von Dr. ....

**US 2** am ..... von Dr. .... **US 3** am ..... von Dr. ....

Beobachtungsbogen    unauffällig    O ja  
                                  auffällig    O Motorik    O Selbständigkeit    O soz.emot. Verhalten  
                                                     O Spielverhalten    O Sprache    O Wahrnehmung

*Größe:* (1) \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ Perzentile    (2) \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ Perzentile    (3) \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ Perzentile

*Gewicht:* (1) \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ Perzentile    (2) \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ Perzentile    (3) \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ Perzentile

*Zahnstatus:*    unauffällig/saniert    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  Karies    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  Fehlstellung    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3

*HNO:*                    unauffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  akuter Infekt    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3

*Herz (auskult.):*            unauffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  pathol. Befund    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3

*Lunge (auskult.):*            unauffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  pathol. Befund    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3

*Bauchorgane (palp.)*            unauffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  pathol. Befund    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3

*Haut:*                    unauffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  pathol. Befund    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3

*Wirbelsäule:*                    unauffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  pathol. Befund    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3

*Extremitäten:*                    unauffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  pathol. Befund    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3

*Muskeltonus:*                    unauffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  pathol. Befund    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3

*Gangbild:*                    unauffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  pathol. Befund    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3

*Einbeinstand, -hüpfen:*            unauffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  auffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3

*Daumenopp.test:*                    unauffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3  
                                  auffällig    O Untersuchung 1    O US 2    O US 3

Sonstiges: .....

Mitteilungen:    mitgegeben    O nein    O ja                    Rückmeldung    O nein    O ja

**Augen-Untersuchung** von ..... am .....

*Visus:*    O unauffällig    O auffällig    *Schielen:*    O nein    O ja                    Rückmeldung    O nein    O ja

**Hörtest** von Dipl.Log. .... am .....

O unauffällig                    Hörschwäche    O einseitig                    O beidseitig                    Rückmeldung    O nein    O ja

**Logopädischer Befund** von Dipl.Log. .... am .....

O unauffällig    O auffällig