

# Nürnberger Ergobogen No. zur Vorgeschichte des Kindes (für Eltern)

Liebe Eltern!

Nehmen Sie sich bitte Zeit und füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus. Es werden Dinge gefragt, die zum Teil weiter zurückliegen; versuchen Sie bitte, sich zu erinnern und beurteilen Sie die Situation so genau wie möglich. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Kind	Mutter	Vater
Name	Name	Name
Vorname	Vorname	Vorname
geboren	geboren	geboren
	Beruf	Beruf
	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Die Eltern sind	<input type="checkbox"/> zusammenlebend <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> alleinerziehend	
Das Sorgerecht ist	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	
<b>Schwangerschaft und Geburt</b>		
1. Es handelt sich um	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind bezogen auf <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	
2. Wie viele Schwangerschaften hatte die Mutter insgesamt? (Abort: ___ Fehlgeburt: ___)		
3. Geburtsjahr/e	der Geschwister: _____	der Halbgeschwister _____
4. Schwere oder chronische Erkrankungen (z. B. Allergien, Haut-, Herzerkrankungen) des betroffenen Kindes	_____	
der Eltern	_____	
Operationen, Klinikaufenthalte	_____	
5. Fremdbetreuung? (Außer Kindergarten / Schule)	<input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Tagesmutter <input type="checkbox"/> Krabbelgruppe <input type="checkbox"/> Kinderkrippe Kindergarten seit _____	
6. Das Kind ist	<input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> Beidhändig	
7. Probleme in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Krankheiten <input type="checkbox"/> psychische Probleme	
8. Geburt	Schwangerschaftswoche	Geburtsgewicht g
	Größe cm	Kopfumfang cm
	Apgar-Bewertung	pH-Wert
9. Probleme direkt nach der Geburt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ (z. B. Sauerstoffgabe, Klinikaufenthalt ...)	
10. Ernährung – Gestillt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ð wie lange? _____	
11. Welche Therapien wurden dem Kind bereits verordnet, wie lange durchgeführt und mit welchem Erfolg?	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	

Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die zutreffende Zahl an		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
<b>1. Lebensjahr</b>					
1	Es gab Trinkschwierigkeiten/Ernährungsprobleme	0	1	2	3
2	Es gab Schlafstörungen	0	1	2	3
3	Auffallendes Schreiverhalten	0	1	2	3
4	Schreckhaftigkeit	0	1	2	3
5	Auffallendes oder verspätetes Umdrehen	0	1	2	3
6	Auffallendes oder verspätetes Sitzen	0	1	2	3
7	Auffallendes oder verspätetes Krabbeln	0	1	2	3
8	Auffallendes oder verspätetes Laufen	0	1	2	3
<b>Kleinkinderzeit bis Kindergarten</b>					
1	Vermeiden von Blickkontakt	0	1	2	3
2	Die Zeit der Erprobung und Entdeckung war anstrengend	0	1	2	3
3	Unberechenbares Verhalten	0	1	2	3
4	Stimmungsschwankungen	0	1	2	3
5	Ablenkbarkeit	0	1	2	3
6	Kind hing am „Rockzipfel“	0	1	2	3
7	Weglaufen war ein Problem	0	1	2	3
8	Häufige Unfälle	0	1	2	3
9	Bewegungsverhalten auffallend eckig, ungeschickt, ruckartig	0	1	2	3
10	Speichelfluss stark, über längere Zeit	0	1	2	3
11	Probleme mit dem Essen	0	1	2	3
12	Das Kind brauchte immer jemanden zum Mitspielen	0	1	2	3
13	Bauklotzspiele waren unbeliebt	0	1	2	3
14	Legospiele waren unbeliebt	0	1	2	3
15	Ablehnung von Körperkontakt	0	1	2	3
16	Schwierigkeiten im Spiel mit Gleichaltrigen	0	1	2	3
17	Erwachsenenbesuch macht Schwierigkeiten	0	1	2	3
18	Kinderbesuch macht Schwierigkeiten	0	1	2	3
<b>Kindergarten bis Schule</b>					
1	Alter bei Kindergartenbeginn:				Jahre
2	Gruppengröße:				Kinder
3	Kindergartenbesuch war unbeliebt	0	1	2	3
4	Gruppenspiele wurden abgelehnt oder verweigert	0	1	2	3
5	Einzelgänger, Außenseiter	0	1	2	3
6	Kind gilt als Spielverderber	0	1	2	3
7	Kind gilt als aggressiv	0	1	2	3
8	Verweildauer im Spiel auffallend kurz	0	1	2	3
9	Probleme mit Einschlafen	0	1	2	3
10	Probleme mit Durchschlafen	0	1	2	3
11	Probleme mit dem selbstständigen Anziehen	0	1	2	3
12	Größere Probleme mit der Sauberkeit („Schmutzfink“)	0	1	2	3
13	Nägelkauen	0	1	2	3
14	Distanzloses Verhalten	0	1	2	3
15	Marotten, Grimassieren, unpassender Gesichtsausdruck	0	1	2	3
16	Auffallende, ungewöhnliche Essgewohnheiten. Welche?	0	1	2	3