

Allgemeine Angaben

Kind	
Nachname:	_____
Vornamen:	_____
Geburtsdatum:	_____
Geburtsort:	_____
Geschlecht:	_____
Anschrift:	_____

Betreuender Kinderarzt	
Nachname:	_____
Vornamen:	_____
Anschrift:	_____

Telefon:	_____
E-Mail:	_____

Mutter		Vater	
Nachname:	_____	Nachname:	_____
Vornamen:	_____	Vornamen:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsdatum:	_____
Geburtsort:	_____	Geburtsort:	_____
Anschrift:	_____	Anschrift:	_____
(falls abweichend vom Kind)	_____	(falls abweichend vom Kind)	_____
Telefon:	_____	Telefon:	_____
E-Mail:	_____	E-Mail:	_____

Machen Sie bitte ggfs. Angaben zu weiteren Kindern auf einem gesondertem Blatt

Weitere gemeinsame Kinder			
Nachname:	_____	Nachname:	_____
Vornamen:	_____	Vornamen:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsdatum:	_____
Geschlecht:	_____	Geschlecht:	_____

Machen Sie bitte ggfs. Angaben zu weiteren Kindern auf einem gesondertem Blatt

Weitere Kinder aus anderen Partnerschaften			
Nachname:	_____	Nachname:	_____
Vornamen:	_____	Vornamen:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsdatum:	_____
Geschlecht:	_____	Geschlecht:	_____
andere Mutter:	<input type="checkbox"/>	andere Mutter:	<input type="checkbox"/>
anderer Vater:	<input type="checkbox"/>	anderer Vater:	<input type="checkbox"/>

Machen Sie bitte ggfs. Angaben zu weiteren Kindern auf einem gesondertem Blatt

Familiengeschichte / Stammbaum

Mutter

Liegen bei Ihnen gesundheitliche Probleme oder Vorerkrankungen vor?

 Ja Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben:

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation**Vater**

Liegen bei Ihnen gesundheitliche Probleme oder Vorerkrankungen vor?

 Ja Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben:

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation**Weitere Kinder**

Liegen bei einem Ihrer weiteren Kinder Entwicklungsauffälligkeiten, Fehlbildungen oder Erkrankungen vor?

 Ja Nein

Falls JA, bei welchem Kind und welche Auffälligkeiten. Machen Sie hierzu bitte nähere Angaben:

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation

Machen Sie ggfs. bitte Angaben zu weiteren Kindern auf einem gesondertem Blatt

Familiengeschichte von Mutter und Vater

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihre beiden Familien über drei Generationen, umfasst also Ihre eigenen Geschwister und deren Kinder, sowie Ihre Eltern, deren Geschwister und Nachkommen und umfasst auch bereits verstorbene Angehörige.

Liegen bei Ihren beiden Familien gesundheitliche Probleme oder Vorerkrankungen vor?

 Ja

(z.B. Behinderungen, Fehlbildungen, Epilepsie, Krebs, psychische Erkrankung, Herz-/Kreislaufkrankung, Zuckererkrankung, Hör- bzw. Sehprobleme)

 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. bei wem, in welchem Alter an was erkrankt; falls verstorben, in welchem Alter und an was):

Machen Sie ggfs. bitte Angaben zu weiteren Familienangehörigen auf einem gesondertem Blatt

Wurden Sie erst nach einer künstlichen Befruchtung schwanger?

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. wie lange bestand der unerfüllte Kinderwunsch, kam es zu Fehlgeburten, welche Methode wurde angewendet):

Wie war Ihr Befinden als Schwangere während der Schwangerschaft?

Auffällig
 Unauffällig

Falls AUFFÄLLIG, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. vermehrte Übelkeit, vermehrtes Erbrechen, bis zu welcher Schwangerschaftswoche):

**Kam es bei Ihnen während der Schwangerschaft zu Komplikationen oder Auffälligkeiten?
(z.B. vorzeitige Wehen oder Blutungen)**

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. in welcher Schwangerschaftswoche, Therapien):

Lagen bei Ihnen als Schwangerer schwerere Erkrankungen vor?

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. Epilepsie, Bluthochdruck, Eiweiß im Urin, Leber-/ Nieren-/ Herz-Erkrankungen, Zucker-Erkrankung, Infektionserkrankung, Ab wann und wie lange bestand die Erkrankung und welche Behandlungen wurden durchgeführt):

Haben Sie als Schwangere während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen, Alkohol, Nikotin oder Drogen konsumiert oder wurde eine Strahlentherapie durchgeführt?

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. welche Substanz, in welcher Schwangerschaftswoche und wie lange):

**Wurden in der vorgeburtlichen Diagnostik Auffälligkeiten bei dem Kind oder der Plazenta festgestellt?
(z.B. Fehlbildungen beim Kind, Nackentransparenz, Wachstumsverzögerung beim Kind, zu wenig/zu viel Fruchtwasser, Plazenta-Auffälligkeiten)**

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. welche Auffälligkeiten, in welcher Schwangerschaftswoche, Therapien):

Geburt / Neugeborenenperiode

Geburt erfolgte in der _____ Schwangerschaftswoche

vaginal Schädellage Beckenend-/ Steißlage per Sektio zu Hause in der Klinik

Falls es Auffälligkeiten während der Geburt gab (z.B. Geburtsstillstand, Zangengeburt, Saugglocke, Herztonabfall beim Kind, grünlich verfärbtes Fruchtwasser, verkalkte oder kleine Plazenta, Nabelschnur zu lang/ um den Hals des Kindes gewickelt), machen Sie hierzu bitte nähere Angaben:

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation

Geburtsmaße

Geburtslänge: _____ Nabelschnur-pH: _____

Geburtsgewicht: _____ Apgar-Werte: _____

Geburtskopfumfang: _____

Kam es bei dem Kind nach der Geburt zu Komplikationen oder Auffälligkeiten?

(z.B. Atemprobleme, Reanimation, Brutkasten, Wämebett)

Ja

Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben:

Lagen bei dem Kind in der ersten Lebenswoche Auffälligkeiten vor?

(z.B. Beatmung, Trinkschwäche, Gelbsucht, Krampfanfälle, vermehrtes Schreien, Muskelschwäche, vermehrtes Überstecken, viel geschlafen)

Ja

Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (ab wann, wie lange, Therapien):

Lagen bei dem Kind nach der Geburt Fehlbildungen oder körperliche Besonderheiten vor?

(z.B. Organ-/ Extremitätenbesonderheiten, Hör-/Sehstörung, auffälliges Aussehen)

Ja

Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben:

Wie lange wurde das Kind nach der Geburt in der Klinik betreut und welche Therapien/ Maßnahmen wurden durchgeführt?

Ja

Nein

Wie lange wurde das Kind nach der Geburt in der Klinik betreut und welche Therapien/ Maßnahmen wurden durchgeführt?
Bitte machen sie ggfs. Angaben zu der klinik (Name, Adresse):

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation

Psychomotorische Entwicklung

Meilensteine der psychomotorischen Entwicklung bei Ihrem Kind

Erstes soziales Lächeln mit	_____ Monaten	Erstes freie Gehen mit	_____ Monaten
Erstes Kopfhoben aus der Bauchlage mit	_____ Monaten	erster Zahn mit	_____ Monaten
Erstes Drehen vom Rücken auf den Bauch mit	_____ Monaten	Trägt keine Windeln mehr seit	_____ Monat
Erstes gezieltes Greifen mit	_____ Monaten	Beginn der Pubertät mit	_____ Jahren
Erstes freies Sitzen mit	_____ Monaten	Sonstiges:	_____
Erstes vollständiges Krabbeln mit	_____ Monaten		
Erstes freie Stehen	_____ Monaten		

Sprachentwicklung bei Ihrem Kind

Erste Silbenverdopplungen mit _____ Monaten

Erster Zwei-Wort-Satz mit _____ Monaten

Erster Drei-Wort-Satz mit _____ Monaten

Sonstiges: _____

Wie war die Sprache Ihres Kindes im Alter von drei Jahren? (z.B. konnte komplexe Sätze, Sätze bestanden aus max. wie vielen Worten, Sprache war verworren, hatte Probleme mit bestimmten Buchstaben/Lauten etc.)

Liegt bei Ihrem Kind eine verminderte Intelligenz vor?

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. „Lernbehinderung“, „geistige Behinderung“, seit wann bekannt, ggfs. Angaben zum IQ):

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation

Ist Ihr Kind angebunden an einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)?

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. seit wann, Name und Anschrift des SPZ):

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation

**Erhält Ihr Kind Fördermaßnahmen/Therapien?
(z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Frühförderung, Musiktherapie)**

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. seit wann, welche Art der Therapie):

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation

Psychomotorische Entwicklung

Liegen bei Ihrem Kind Verhaltensauffälligkeiten oder andere Besonderheiten vor?
(z.B. Hyperaktivität, Aggressivität, Wutanfälle, Autismus, Schüchternheit, Schlafprobleme)

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. seit wann, Maßnahmen/Behandlungen/ Tabletten):

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten?

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. ab welchem Alter, welcher Art von Kindergarten, gibt es Auffälligkeiten mit anderen Kindern oder Erzieher*innen):

Besucht Ihr Kind eine Schule?

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. ab welchem Alter, welcher Art von Schule, gibt es Auffälligkeiten mit anderen Kindern oder Lehrer*innen):

Krankengeschichte

War ihr Kind stationär in Kliniken oder wurde ambulant in Kliniken betreut?

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. wann, weswegen, in welchem Alter):

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation

Erfolgt operative Eingriffe bei Ihrem Kind?

Ja
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. wann, weswegen, in welchem Alter):

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation

Liegen bei Ihrem Kind Organauffälligkeiten vor?

 Ja

 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. welche Art von Organauffälligkeit, ab welchem Alter bekannt, Behandlungen/Therapien):

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation

Liegen bei Ihrem Kind Hör- oder Sehstörungen vor?

 Ja

 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. welche Art von Hör-/ Sehstörung, ab welchem Alter bekannt, Behandlungen/Therapien (z.B. Hörgeräte, Cochlea-Implant, Brille):

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website www.cegat.de/consultation

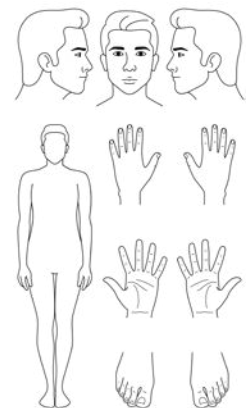
Weitere Angaben

Bitte machen Sie Angaben zu den aktuellen Körpermaßen Ihres Kindes

Körperlänge: _____ gemessen am: _____

Körpergewicht: _____ gewogen am: _____

Kopfumfang: _____ gemessen am: _____



Bitte machen Sie STANDARDAUFNAHMEN Ihres Kindes (siehe rechts) zur Fotodokumentation und senden Sie diese über unsere Website www.cegat.de/consultation.

Sollten weitere Auffälligkeiten bei Ihrem Kind vorliegen (z.B. dunkle oder helle Flecken, Hautanhängsel, Grübchen etc.) senden Sie uns bitte auch diesbezügliche Aufnahmen zu.

