

Eingangsstempel

Fragebogen zum Antrag vom:

Elternfragebogen (Anlage 2)

für Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) an minderjährige Kinder und Jugendliche

1. Angaben zum Kind

Persönliche Informationen	Kind
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

2. Bisherige Entwicklung des Kindes, Schwangerschaft, Geburt

Kam es während der Schwangerschaft zu Erkrankungen, Unfällen, Besonderheiten, etc.

Nein Ja, und zwar:

--

Wie verlief die Geburt Ihres Kindes?

Umstände (spontan, Kaiserschnitt etc.):			
Frühgeburt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Schwangerschaftswoche:			
Geburtsgröße:		Geburtsgewicht:	

Kam es nach der Geburt zu Komplikationen, Besonderheiten, etc.? (z.B. Geburtsverletzungen, stationäre Aufnahme in eine Kinderklinik usw.)

Nein Ja, und zwar:

--

Frühkindliche Entwicklung nach der Geburt:

Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, wie lange?:
Gab es auffälliges Schreiverhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, wie lange?:
Schlafverhalten des Kindes:		
Trinkverhalten:		

Wann erlangte Ihr Kind folgende Fertigkeiten und Fähigkeiten:

Krabbeln	Monat:	Bemerkungen:
Freies Sitzen	Monat:	Bemerkungen:
Freies Laufen	Monat:	Bemerkungen:
Sprechen erster gezielter Worte:	Monat:	Bemerkungen:

Wie verlief die Sprachentwicklung in den ersten 2 Lebensjahren Ihres Kindes?

Wortschatz von ca. 50 Wörtern?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn nein , in welchem Alter?:
Bildung von Zwei-Wort-Sätzen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn nein , in welchem Alter?:

3. Voranamnese, Therapien, Erkrankungen, Arztkontakte*

Hat Ihr Kind besondere Erkrankungen gehabt, bestehen chronische Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten usw.? Bitte benennen Sie Diagnosen (z. B. ADHS, Down-Syndrom, etc.)

Nein Ja, und zwar:

Nimmt oder nahm Ihr Kind aufgrund einer der o. g. Diagnosen Medikamente ein?

Medikament	Einnahme / Dosierung
Name, Hersteller:	

Durch welche Ärzte / Ärztinnen wurde Ihr Kind behandelt?

Fachrichtung	Name	Anschrift
Kinderarzt/ Kinderärztin		
Augenarzt/Augenärztin		
HNO-Arzt/HNO-Ärztin		
Orthopäde/Orthopädin		
Sonstige, z. B. Diabetologe, Zahnarzt, SPZ, usw.		

Erfolgte bisher ein stationärer oder ambulanter Krankenhausaufenthalt?

Ort / Name der Klinik	Zeitraum (von – bis)	Grund

Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel (z. B. Brille, Orthesen, Hörgeräte, usw.)

Nein Ja, und zwar:

Erfolgten bisher therapeutische Behandlungen oder frühkindliche Förderungen? (z. B. Physiotherapie, Logotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie, Frühförderung, Integration, etc.)

Nein Ja, und zwar:

Art der Therapie	Wo?	Zeitraum (von – bis)

Erhalten oder erhielten Sie weitere familienunterstützende Hilfen? (z.B. Familienhilfe, Amtsvormundschaft, Erziehungsbeistand, Familienhebamme, etc.)

Nein Ja, und zwar:

Art der Unterstützung	Zeitraum (von – bis)

Welche Betreuungseinrichtung besucht Ihr Kind aktuell bzw. in der Vergangenheit? (z.B. Tagesmutter, Krippe, Kita, Hort, Schule usw.)

Einrichtung	Zeitraum (von – bis)

Von wem wurde Ihnen die Antragstellung empfohlen und warum? (z. B. Kita, Schule, Kinderarzt, Facharzt? Aufgrund welcher Umstände (erfolgte Diagnostik, bestimmter Verfall)

****Bitte fügen Sie diesem Antrag alle Ihnen vorhandenen Arztberichte, Unterlagen zur Diagnostik, Entwicklungsberichte, Krankenhausunterlagen usw. bei!***

4. Aktuelle Entwicklung Ihres Kindes?

Sehen Sie in der Entwicklung Ihres Kindes in einem oder mehreren Bereichen Entwicklungsverzögerungen oder Auffälligkeiten?

Nein Ja, und zwar:

Welche Stärken und Ressourcen sehen Sie bei Ihrem Kind? Was kann es besonders gut? Was macht Ihnen im Umgang mit Ihrem Kind Freude?

Welche konkreten Zielvorstellungen verfolgen Sie persönlich mit der beantragten Leistung für Ihr Kind? Was soll sich an der aktuellen Situation verbessern? Welche positive Entwicklung erhoffen Sie sich für Ihr Kind?

Bitte nutzen Sie die Platzhalter für Ihre ausführlichen Anmerkungen. Der Antrag kann ohne Ihre Angaben nicht entsprechend bearbeitet werden und wird Ihnen zur Nachtragung offener Sachverhalte zurückgesandt

5. Einwilligung

Im Rahmen der Bedarfsermittlung wird erlaubt, dass das Kind ohne Anwesenheit der Personensorgeberechtigten angehört werden darf. Das Gespräch ist zu dokumentieren. Auf Verlangen sind die Personensorgeberechtigten über den Inhalt des Gesprächs zu informieren.

Datum	Unterschrift der Sorgeberechtigten