

**Liebe Eltern!**

Wir freuen uns sehr, dass Sie an unserer Beobachtungsstudie teilnehmen und uns Videomaterial Ihres Kindes zukommen lassen. Ihr Videomaterial und das Videomaterial anderer Familien wird uns einen wertvollen Einblick in die Entwicklung von Kindern mit und ohne Entwicklungsstörungen geben. Um die Entwicklung Ihres Kindes bestmöglich verstehen und interpretieren zu können, möchten wir Sie bitten, das Formular „Stammdaten“ mit kurzen Fragen über Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre Ihres Kindes auszufüllen.

Sie leisten mit Ihren Angaben einen wesentlichen Beitrag zu unserer Forschung! Wir bedanken uns herzlich dafür, dass Sie sich die Zeit nehmen, die untenstehenden Fragen zu beantworten.

**Hilfen und Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:**

Sie können die Fragen durch Ankreuzen der dafür vorgesehenen Kästchen () bzw. durch kurze schriftliche Angaben beantworten. Diese Angaben können Sie gerne am Computer direkt im Dokument speichern. Alternativ können Sie den Fragebogen auch ausdrucken und ihn händisch ausfüllen.

Wir bitten Sie um eine möglichst genaue Beantwortung der Fragen. Wenn Sie sich an bestimmte Details nicht mehr erinnern, nehmen Sie bitte, wenn möglich Untersuchungsunterlagen aus der Zeit der Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren Ihres Kindes zur Hilfe, z.B.: den Mutterpass (im Formular als MUPA bezeichnet) oder das gelbe Kinderuntersuchungsheft (im Formular als U-Heft bezeichnet). Die Angaben der Seitenzahlen im folgenden Fragebogen beziehen sich auf die aktuellen Versionen der oben genannten Dokumente. Ältere Versionen können kleine Abweichungen aufweisen. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können, rufen Sie uns gerne an.

Bei Fragen, Unklarheiten und Anregungen melden Sie sich bitte gerne bei uns (Kontaktdaten finden Sie am Ende des Fragebogens).

**Wir schützen Ihre vertraulichen Daten!**

Ihre Angaben werden natürlich vertraulich behandelt und unter Einhaltung der Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in der jeweils geltenden Fassung nur für unsere wissenschaftlichen Forschungszwecke verwendet (siehe Einwilligungserklärung).

Mit Ihrer Mitarbeit tragen Sie dazu bei, in Zukunft die Früherkennung und somit auch mögliche Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsstörungen zu verbessern. Vielen herzlichen Dank!

<b>Heutiges Datum:</b>	<b>Code</b> (vom Studienpersonal auszufüllen): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------------------	--

Angaben zum Kind			
Vorname des Kindes			
Geschlecht des Kindes	m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	
Geburtsdatum		Errechneter Geburtstermin <small>(siehe MUPA S. 6)</small>	
Die Mutter spricht mit dem Kind folgende Sprache(n)			
Der Vater spricht mit dem Kind folgende Sprache(n)			
Werden weitere Sprachen von anderen Bezugspersonen (z.B.: Personal im Kindergarten, Freunde, Großeltern/Verwandte) regelmäßig mit dem Kind gesprochen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, welche?			

Kontakt (Eltern) <sup>1</sup>	
Name	
Wohnadresse	
E-Mailadresse	
Telefonnummer	

<sup>1</sup> Diese Angaben ermöglichen uns, Sie im Rahmen der Studie erneut zu kontaktieren sollten wir weitere Angaben über Ihr Kind benötigen. Bitte nur ausfüllen, wenn Sie einverstanden sind, dass wir Sie für studienrelevante Fragen kontaktieren dürfen (siehe auch Studieninformation und Einwilligungserklärung).

Familienanamnese			
Ist das Kind ein Zwillings-/Mehrlingskind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Alter der Mutter bei Geburt	Jahre	Alter des Vaters bei Geburt	Jahre
Anzahl der älteren Geschwister des Kindes		Anzahl der jüngeren Geschwister des Kindes	
Gibt es Besonderheiten bei Familienmitgliedern oder Verwandten? (z.B.: neurologische oder psychische Krankheiten, Entwicklungsstörungen, genetische Erkrankungen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, welche?			
Falls ja, welches Verwandtschaftsverhältnis besteht zum Kind?			

Schwangerschafts- und Geburtsanamnese			
Gab es Besonderheiten oder Komplikationen in der Schwangerschaft (z.B.: Diabetes, erhöhter Blutdruck)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?			
Musste die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen (Vitamin- und Mineralstoffpräparate sind hier nicht anzugeben)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?			
Wurde der Mutter eine Rhesusprophylaxe verabreicht?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gab es eine vorzeitige Wehentätigkeit vor der 38. Schwangerschaftswoche?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wurden Medikamente verabreicht (Lungenreife etc.)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?			
Mein Kind wurde per Vaginalgeburt <input type="checkbox"/> oder Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> geboren.			
Falls Vaginalgeburt, wurde Ihr Kind mit instrumenteller Hilfe entbunden (Saugglocke, Zange)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gab es während oder unmittelbar nach der Geburt Komplikationen für das Kind (z.B. Abfallen der Herztöne, Sauerstoffmangel, Anpassungsschwierigkeiten)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?			
Geburtsgröße [cm]: <small>(siehe U-Heft: U1 S. 4)</small>	Geburtsgewicht [g]: <small>(siehe U-Heft: U1 S. 4)</small>	Kopfumfang bei Geburt [cm]: <small>(siehe MUPA S. 15)</small>	
Apgar-Werte nach der Geburt <small>(siehe MUPA S.15 oder U-Heft: U1 S. 4)</small>	1 min:	5 min:	10 min:
Trat bei Ihrem Kind in der ersten Lebenswoche Gelbsucht (Hyperbilirubinämie) auf, die behandelt werden musste? <small>(siehe U-Heft: U1 S. 4)</small>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihrem Kind ein Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt? Falls ja, mit welchem Ergebnis? <small>(siehe U-Heft: U1 S. 8)</small>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
TEOAE	beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/>	auffällig <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/>
AABR	beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/>	auffällig <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/>
Pädaudiologische Diagnostik	beidseitig unauffällig <input type="checkbox"/>	auffällig <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/>

<b>Angaben zu den ersten zwei Lebensjahren Ihres Kindes</b>		
Gab es Auffälligkeiten während des Krankenhausaufenthaltes nach der Geburt bzw. in der ersten Lebenswoche? <small>(siehe U-Heft: U2 S. 13)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche Auffälligkeiten?		
Gab es Auffälligkeiten in Routineuntersuchungen beim Kinderarzt, die vor dem 1. Geburtstag stattgefunden haben? <small>(siehe U-Heft: U3 S. 16-19, U4 S. 23-26, U5 S. 29-32, U6 S. 35-38)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche Auffälligkeiten?		
Falls ja, wie alt war Ihr Kind?            Monate		
Gab es Auffälligkeiten in Routineuntersuchungen beim Kinderarzt, die zwischen dem 1. Geburtstag und dem 2. Geburtstag stattgefunden haben? <small>(siehe U-Heft: U7 S. 41-44)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche Auffälligkeiten?		
Falls ja, wie alt war Ihr Kind? 1 Jahr und            Monate		
Hatte Ihr Kind vor dem 2. Geburtstag eine/ mehrere Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus erforderte(n)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, um welche Erkrankung(en) handelte es sich?		
Hat Ihr Kind in den ersten zwei Lebensjahren Therapien oder Förderungen (z.B.: Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Frühförderung) erhalten?		
Falls ja, welche?		
Falls ja, in welchem Alter?		
<b>Angaben zur Diagnose Ihres Kindes</b>		
Nennen Sie uns bitte die Diagnose Ihres Kindes: Diagnosealter:            Jahr(e)            Monat(e)		
Weitere Diagnose(n):		
Wurde bei Ihrem Kind eine genetische Veränderung (Mutation) nachgewiesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?		

**Angaben zu den derzeitigen kommunikativen Fähigkeiten Ihres Kindes**

Ihre Angaben zu den nachfolgenden Fragen (a)-(e) liefern uns wichtige Informationen über die derzeitigen lautsprachlichen Fähigkeiten Ihres Kindes.

(a) Verwendet Ihr Kind einzelne Laute, um mit Ihnen zu kommunizieren?

- nie  
 manchmal  
 häufig  
 derzeit nicht, aber mein Kind hat das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht

(b) Verwendet Ihr Kind einzelne Wörter, um mit Ihnen zu kommunizieren? (Die Wörter müssen nicht vollkommen richtig ausgesprochen werden)

- nie  
 manchmal  
 häufig  
 derzeit nicht, aber mein Kind hat das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht

(c) Kombiniert Ihr Kind zwei Wörter, um mit Ihnen zu kommunizieren (z.B.: „Mama Arbeit“, „Papa einkaufen“)?

- nie  
 manchmal  
 häufig  
 derzeit nicht, aber mein Kind hat das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht

(d) Verwendet Ihr Kind einfache Sätze, um mit Ihnen zu kommunizieren (z.B.: „Ich will Brot“, „Papa geht in den Garten“)?

- nie  
 manchmal  
 häufig  
 derzeit nicht, aber mein Kind hat das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht

(e) Verwendet Ihr Kind Sätze mit Nebensätzen, um mit Ihnen zu kommunizieren? (z.B.: „Ich sehe, dass Manuel im Garten ist.“, „Du bist lieb, weil du mit mir spielst.“)

- nie  
 manchmal  
 häufig  
 derzeit nicht, aber mein Kind hat das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht

Geben Sie bitte an, welche der oben genannten lautsprachlichen Kommunikationsstrategien (a)-(e) Ihr Kind derzeit am häufigsten verwendet:

- a    b    c    d    e    mein Kind kommuniziert nicht lautsprachlich

Verwendet Ihr Kind derzeit Gesten (z.B.: Winken, Zeigen), um mit Ihnen zu kommunizieren?		
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> derzeit nicht, aber mein Kind hat das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht		
Verwendet Ihr Kind derzeit alternative Kommunikationsformen (z.B.: Bildkärtchen, Sprachausgabecomputer, Augensteuerungssysteme)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?		

### Angaben zu den derzeitigen motorischen Fähigkeiten Ihres Kindes

Ihre Angaben zu den nachfolgenden Fragen (f)-(i) liefern uns Informationen über die derzeitigen Fortbewegungsmöglichkeiten Ihres Kindes.

(f) Geht Ihr Kind (einige Schritte) ohne Hilfe?

- nie  
 manchmal  
 häufig  
 derzeit nicht, aber mein Kind hat das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht

(g) Geht Ihr Kind (einige Schritte) an Ihrer Hand?

- nie  
 manchmal  
 häufig  
 derzeit nicht, aber mein Kind hat das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht

(h) Geht Ihr Kind (einige Schritte) mit Gehhilfen?

- nie  
 manchmal  
 häufig  
 derzeit nicht, aber mein Kind hat das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht

(i) Bewegt sich Ihr Kind selbstständig im Rollstuhl fort?

- nie  
 manchmal  
 häufig  
 derzeit nicht, aber mein Kind hat das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht

Geben Sie bitte an, welche der oben genannten Fortbewegungsmöglichkeiten (f-i) Ihr Kind derzeit am häufigsten verwendet:

- f    g    h    i    mein Kind bewegt sich nicht selbstständig fort

Isst Ihr Kind selbstständig mit den Fingern?
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> derzeit nicht, aber mein Kind hat das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht
Isst Ihr Kind selbstständig mit Besteck?
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> derzeit nicht, aber mein Kind hat das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht
<b>Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?</b>

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.**

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an Dr. Sigrun Lang (Studienkoordination)**

**per E-Mail an:**

[kiju.tsc@med.uni-goettingen.de](mailto:kiju.tsc@med.uni-goettingen.de)

**per Post an:**

Dr. Sigrun Lang  
Universitätsmedizin Göttingen  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Von-Siebold-Straße 5  
37075 Göttingen, Deutschland

**Bei Fragen, Unklarheiten und Anregungen kontaktieren Sie uns gerne auch telefonisch:**

+49 551 3962996