

# ZaZa Fragebogen

Name (Kind): .....

## Wen oder was liebt es?

- Kuscheltier mit Namen: .....
- Zahlen Lieblingsspielzeug: .....
- Lieblingsbeschäftigung: .....
- Lieblingsbuch / -film / -fernsehsendung: .....
- Lieblingsessen: .....



## Gibt es den Verdacht oder die Diagnose:

- Entwicklungsverzögerung
- Lernschwäche
- Trisomie 21
- Autismus / Autismusspektrumsstörung
- Anderes:
- Nein

## Welche besonderen Ernährungsgewohnheiten gibt es?

- Keine
- Muss mit Sonde ernährt werden
- Kaut nicht
- Schluckt nicht
- Esstraining ist geplant
- Isst nur eine kleine Auswahl von Lebensmitteln
- Spezielles: .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Welche dieser Symptome sind aufgetreten bzw. gibt es?

- Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe
- Spastik / veränderter Muskeltonus
- Hört schlecht:  rechts  links
- Hört nichts (taub):  rechts  links
- Hyperakusis (hört zu laut)
- Sehschwäche  Brille vorhanden
- Blindheit
- Blutet länger als üblich
- Tumore oder andere bösartige Erkrankungen: .....
- .....
- .....

## Was sollte in der Kommunikation beachtet werden?

- Benutzt Metacom
- Wurde mit zaza.care vorbereitet

## Was sollte Ihre Kinderzahnärztin / Ihr Kinderzahnarzt noch wissen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....