

Sozialpädiatrisches Zentrum am Klinikum Weiden

(Chefärztin: Dr. med. Susanne Rinnert)

Söllnerstr. 16
92637 Weiden
Tel.: 0961 303 – 3331
Fax: 0961 303 – 3339



Zurück an:

Sozialpädiatrisches Zentrum Weiden
Sekretariat
Söllnerstr. 16
92637 Weiden

Stempel des behandelnden Kinderarztes:

Anmeldefragebogen

Sozialpädiatrisches Zentrum Weiden

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus (so gut es Ihnen möglich ist) und schicken diesen per Post an uns zurück!

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes: _____ Geschlecht w m

Geburtsdatum: _____

PLZ, Wohnort, Straße: _____

Tel.Nr.: _____ Mobil: _____

Landkreis: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfe Privat

Grad der Behinderung (falls vorhanden): _____ Merkzeichen: _____ Pflegegrad: _____

Überweisender Kinderarzt: _____

Wer hat das Sorgerecht? Eltern Mutter Vater Sonst.: _____

Beim wem lebt das Kind? Eltern Mutter Vater Sonst.: _____

Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht bitte Kontaktdaten vom mitsorgeberechtigten Elternteil angeben:

Name, Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Sozialpädagogische Familienhilfe: Nein Ja;

wenn Ja: Name: _____ Tel.Nr.: _____

2. Fragen zur Vorstellung

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns? Welche Erwartungen und Fragen haben Sie an uns? Welche Hilfen erhoffen Sie sich?

Wer hat die Vorstellung bei uns angeraten?

- Kinderarzt
- Kindergarten / Schule / Lehrer
- Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, etc.)
- Eigener Entschluss
- Sonstige: _____

Sind oder waren Sie mit Ihrem Kind bereits in einem Sozialpädiatrischen Zentrum in Betreuung?

- Nein
- Ja, welches? _____

3. Medizinische Vorgeschichte

Schwangerschaft

Wie war der Verlauf der Schwangerschaft?

- Keine Probleme
- Vorzeitige Wehen
- Blutungen
- Probleme beim Kind, z.B. Wachstumsstörungen
- Andere: _____
- Einnahme von Medikamenten? Wenn ja, welche?

Haben Sie geraucht? Wenn ja, wie viel? _____

Haben Sie Alkohol getrunken? Wenn ja, wie viel? _____

Hatten Sie vor / oder nach der Geburt Ihres Kindes

- Schwangerschaftsabbruch / -abbrüche?
- Fehlgeburt / -en?
- Totgeburt / -en?

Welches Datum wurde für die Geburt Ihres Kindes errechnet? _____ , _____ , _____

Geburt

- Normal
- Kaiserschnitt
- Saugglocke (Vakuumentextraktion / VE)
- Zange
- Besonderheiten bei der Geburt (z.B. Zwillingsgeburt)

Die Entbindung erfolgte in der _____ Schwangerschaftswoche (SSW)

Geburtsgewicht: _____ g, Geburtslänge: _____ cm, Kopfumfang bei Geburt: _____ cm

APGAR-Werte nach 5 Min: _____ , nach 10 Min: _____, pH-Wert: _____

(Diese Angaben finden Sie im gelben Vorsorgeuntersuchungsheft Ihres Kindes)

Zu den ersten Lebenstagen /-wochen

Wann wurden Sie und Ihr Kind nach Hause entlassen? _____

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?

- Ja, in _____, Dauer des Aufenthaltes: _____
 Nein

War Ihr Kind auffällig gelb?

- Ja Nein

Musste Ihr Kind beatmet werden?

- Ja Nein

Gab es in den ersten Lebenswochen Trinkprobleme?

- Ja Nein

Gab es in den ersten Lebenswochen besondere Krankheiten oder gesundheitliche Probleme?

- Nein
 Ja, welche _____

Weitere Entwicklung

Haben Sie Ihr Kind gestillt?

- Ja, _____ Monate Nein

Gelang die Ernährung Ihres Kindes ohne Probleme?

- Ja
 Nein, weil _____

Erstes Lächeln beim Anblick eines Gesichtes mit _____ Wochen.

Drehen aus der Rückenlage auf den Bauch mit _____ Wochen.

Sitzen ohne Hilfe mit _____ Monaten

Krabbeln mit _____ Monaten

Erste freie Schritte mit _____ Monaten

Erste Wörter mit _____ Monaten (z.B. „Mama“ NUR zur Mutter)

Radfahren ohne Stützen mit _____ Jahren

Sauberkeitsentwicklung:

Trocken tags mit _____ Monaten, nachts mit _____ Monaten

Sauber tags mit _____ Monaten, nachts mit _____ Monaten

Haben Sie sich jemals Sorgen über die Entwicklung Ihres Kindes gemacht?

Wenn ja, wann und warum?

Vorerkrankungen

Bestehen bei Ihrem Kind chronische oder häufig wiederkehrende Erkrankungen?

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Wurde Ihr Kind jemals stationär in einem Krankenhaus behandelt?

Wenn ja, wann, wo und warum?

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? Wenn ja, wann und warum?

Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall? Wenn ja, wann und welcher Art?

Wurde Ihr Kind nach den Empfehlungen der Impfkommision (Stiko) / Impfplan geimpft?

Ja Nein

Hat Ihr Kind die Impfungen gut vertragen?

Ja Nein

Wurden bei Ihrem Kind spezielle Keime festgestellt? (z.B. MRSA, ESBL)

Nein Ja, welche: _____

Wurde Ihr Kind schon einmal von folgenden Fachärzten behandelt?

seit bzw. von – bis

Augenarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
HNO-Arzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Neurologe / Kinderneurologe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kinder- u. Jugendpsychiater	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige		

Wurden bei Ihrem Kind bereits psychologische Untersuchungen (z.B. Entwicklungstest, Intelligenztest) durchgeführt? Wenn ja, wo, wann und mit welchem Ergebnis?

Nein

Ja _____

Bisherige Therapien

Hat Ihr Kind bisher schon Therapien erhalten?

Wenn ja, in welchem Alter, wie lange und warum?

Frühförderung / Name / Adresse / Telefonnummer / Ansprechpartner

Krankengymnastik / Physiotherapie / Name / Adresse / Telefonnummer / Ansprechpartner

Ergotherapie / Name / Adresse / Telefonnummer / Ansprechpartner

Logopädie / Name / Adresse / Telefonnummer / Ansprechpartner

Psychotherapie / Name / Adresse / Telefonnummer / Ansprechpartner

Andere Therapie (z.B. Reittherapie, therapeutisches Schwimmen, usw.)

Sollten Sie bereits Therapien für Ihr Kind erhalten haben, so schicken Sie uns bitte bereits **vorhandene Briefe oder Therapieberichte als Anhang zu diesem Fragebogen** mit. Gleiches gilt auch für Gutachten, Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte.

Dies erleichtert Ihnen und uns die weiteren Untersuchungen. Vielen Dank!

Erhalten Sie aktuell oder haben Sie bereits in irgendeiner Form weitere Unterstützung erhalten? (z.B. Flexible Erziehungshilfen, Beratungsangebote). Wenn ja, welche?

4. Angaben zur Familie

Name des Vaters: _____ Geb.Dat.: _____

Name der Mutter: _____ Geb.Dat.: _____

Hat Ihr Kind Geschwister / Halbgeschwister?

Vorname: _____ Geburtsjahr: _____

Welche Sprache sprechen Sie zu Hause mit Ihrem Kind?

Gab oder gibt es besondere, schwerwiegende oder chronische Erkrankungen in der Familie? (Eltern, Großeltern, Geschwister) ?

Nein

Ja _____

5. Soziales Umfeld

Besucht oder besuchte Ihr Kind eine Krippe / einen Kindergarten?

Nein

Ja, aktuell seit _____ Stunden pro Tag _____

Ja, von _____ bis _____ Jahren

Name der Krippe / des Kindergartens: _____

Adresse und Tel.Nr.: _____

Gab oder gibt es in der Krippe / im Kindergarten Probleme? Wenn ja, welche?

Besucht Ihr Kind bereits die Schule?

Nein Ja, welche? _____ Klasse: _____

Adresse und Tel.Nr. der Schule _____

Name des Klassenlehrers: _____

Gab es schon einmal einen Schulwechsel? Wenn ja, warum?

Nein Ja _____

Hat Ihr Kind jemals eine Klasse wiederholt? Wenn ja, warum?

Nein Ja _____

Gab oder gibt es in der Schule Probleme? Wenn ja, welche?

6. Stärken und Schwächen Ihres Kindes

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders gut?

Was fällt Ihrem Kind schwer und in welchen Situationen?

Wie würden Sie das Verhalten Ihres Kindes beschreiben?

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? _____

_____, _____

Datum

Unterschrift

**Vielen Dank dass Sie sich die Zeit genommen haben, unseren Fragebogen auszufüllen!
Sollten Sie bereits Befundberichte oder Unterlagen haben, die für uns wichtig sind, würden wir
uns freuen, wenn Sie uns diese mitschicken oder in Kopie beifügen könnten.**