

Liebe Eltern,
 im Folgenden haben wir einige Fragen, die uns wichtig erscheinen, zusammengestellt.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn an uns zurück per Post an:
 Klinikum Fulda gAG - **SPZ Fulda**
 Pacelliallee 4, 36043 Fulda,
 oder per Mail an: spz@klinikum-fulda.de

Bitte legen Sie den Fragebogen dem überweisenden **Kinderarzt /-ärztin oder Kinder und Jugendpsychotherapeut/in** vor. Ohne dessen Zustimmung ist eine Bearbeitung des Fragebogens nicht möglich!

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen	
Angaben zu Ihrem Kind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit	
Das Kind lebt bei / in	<input type="checkbox"/> beiden Eltern <input type="checkbox"/> einem Elternteil, Name: <input type="checkbox"/> einer Pflegefamilie, seit: <i>(bitte zusätzlichen Fragebogen „Datenblatt Pflegekind“ ausfüllen)</i> <input type="checkbox"/> einer Einrichtung, Name und Adresse:
Adresse: Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Kontaktdaten	
Wer hat das Sorgerecht?	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Institution: <input type="checkbox"/> Sonstige: Sofern das Kind an einem anderen Wohnort lebt, bitten wir Sie, an dieser Stelle die Adresse der sorgeberechtigten Person/ Institution einzutragen:
Telefon-/Handynummer (Erreichbarkeit muss gewährleistet sein)	
E-Mail	
Überweisender Kinderarzt	

Bei welcher Krankenkasse ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler
Waren Sie bereits in einem SPZ vorstellig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wo? _____ letzter Termin? _____
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> GdB: _____ Merkzeichen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> TBI <input type="checkbox"/> B
Nimmt ihr Kind Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; welche? _____
Hilfsmittel (Brille, Orthese, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; welche? _____

**Was ist der Vorstellungsgrund und was bereitet Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind?
 Gibt es besondere Fragestellungen behandelnder Ärzte, Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (z.B. Kindergarten, Schule)? Bitte fragen Sie nach!**

Frühgeburtlichkeit
 ICP
 Autismus
 AD(H)S
 Entwicklungsverzögerung (motorisch/ sprachlich/ kombiniert)
 Sonstiges:

Angaben zur Vorgeschichte Ihres Kindes

Komplikationen bei der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Infektionen <input type="checkbox"/> Seelische Belastungen <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen <input type="checkbox"/> Übermäßige Übelkeit <input type="checkbox"/> Medikamente: Welche? <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> nein
Geburt	____. Schwangerschaftswoche	
Wo erfolgte die Geburt?	<input type="checkbox"/> Krankenhaus, welches? <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Geburtshaus	
Gab es Besonderheiten bei der Geburt?	<input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Grünes Fruchtwasser <input type="checkbox"/> Beckenendlage <input type="checkbox"/> Störungen der kindlichen Herztöne <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Besonders lange Geburt <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> nein

Welche APGAR – Werte sind im Untersuchungsheft angegeben?	_____ / _____ / _____
Nabelschnur-pH	
Wie waren die Maße Ihres Kindes bei der Geburt	Größe: cm Gewicht: g Kopfumfang: cm

Angaben zur Neugeborenenzeit (bis 4 Wochen)		
Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt?	<input type="checkbox"/> ja, in: Dauer des Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> nein
Musste Ihr Kind beatmet werden?	<input type="checkbox"/> ja, über _____ Tage	<input type="checkbox"/> nein
Gab es in den ersten Lebenswochen Trink-/Saugprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gab es Auffälligkeiten / Krankheiten in den ersten Lebenswochen?	<input type="checkbox"/> Auffallende Bewegungsarmut <input type="checkbox"/> Auffallende Unruhe <input type="checkbox"/> Häufiges Spucken <input type="checkbox"/> Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit <input type="checkbox"/> Häufiges Schreien <input type="checkbox"/> Fütterstörung <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> nein

Wie verlief die frühkindliche Entwicklung?			
Erstes Lächeln	Monate	Umdrehen von Rückenlage in Bauchlage	Monate
Krabbeln	Monate	Selbständiges Hinsetzen	Monate
Freies Gehen	Monate	Erste sinnvolle Worte in der Familiensprache	Monate
Erste Zwei- bis Dreiwortsätze in deutscher Sprache	Monate	Erste Zwei- bis Dreiwortsätze in der Familiensprache	Monate

Vorsorgeuntersuchungen
Gab es Auffälligkeiten bei einer bisherigen Vorsorgeuntersuchung (U1-U9)? Wenn ja, welche?

Händigkeit	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidhändig <input type="checkbox"/> unklar
------------	--

Bekommt / bekam Ihr Kind eine spezielle Förderung? Bitte notieren Sie ggf. die Behandlungszeiträume.	<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Pädagogische Frühförderung <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Heilpädagogik <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Reittherapie <input type="checkbox"/> sonstiges:	Beginn - Ende _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____	<input type="checkbox"/> nein
---	--	---	-------------------------------

Betreuung (bitte Kindergartenbericht beifügen!)
--

Besucht/e Ihr Kind eine Krippe, einen Kindergarten oder wird durch eine Tagesmutter betreut?	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ Lebensjahr	<input type="checkbox"/> nein
--	--	-------------------------------

Welchen?	<input type="checkbox"/> Regelkindergarten <input type="checkbox"/> Integrationskindergarten <input type="checkbox"/> als Integrationskind <input type="checkbox"/> Schulvorbereitende Einrichtung/ Förderkindergarten <input type="checkbox"/> Tagesmutter
----------	--

Gab/ gibt es dort Probleme?	<input type="checkbox"/> ja, weil:	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	------------------------------------	-------------------------------

Schule (wenn vorhanden, bitte letztes Schulzeugnis/Schulbericht beifügen)
--

Einschulungsjahr? Wurde Ihr Kind vor der Einschulung zurückgestellt?	_____ <input type="checkbox"/> ja, weil:	<input type="checkbox"/> nein
---	---	-------------------------------

Welche Schule besucht Ihr Kind?	
---------------------------------	--

In welcher Klasse?	
--------------------	--

Gibt es Verhaltens-/ Leistungsprobleme in der Schule?	<input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein
---	--------------------------------------	-------------------------------

(Spiel-)Verhalten zu Hause				
Gibt es Verhaltensprobleme zu Hause?	<input type="checkbox"/> ja, welche:			<input type="checkbox"/> nein
Was spielt Ihr Kind gerne? Hat es Hobbys? Vereine?				
Medienkonsum (täglich)	<input type="checkbox"/> 0 Stunden <input type="checkbox"/> weniger als 1Stunde <input type="checkbox"/> 1-3 Stunden <input type="checkbox"/> mehr als 3 Stunden: ca. _____ Stunden			
Angaben zur Familie				
Name der Mutter / Geburtsdatum Beruf				
Name des Vaters / Geburtsdatum Beruf				
Hat Ihr Kind Geschwister? (bitte kreuzen Sie die Beziehung zu den Elternteilen an)				
Vorname:	Geburtsjahr:	Geschwister:	Halbgeschwister gleiche Mutter gleicher Vater	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bereits ein Geschwisterkind in unserem Zentrum vorgestellt?	<input type="checkbox"/> ja, Name des Geschwisterkindes:			<input type="checkbox"/> nein
Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie?	<input type="checkbox"/> ja, welche?			<input type="checkbox"/> nein
Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen?	Von der Mutter: Vom Vater: Familie:			

Wie ist der Familienstand der Eltern?	<input type="checkbox"/> verheiratet seit: <input type="checkbox"/> zusammenlebend seit: <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit: <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> verwitwet seit: <input type="checkbox"/> wieder verheiratet seit:
---------------------------------------	---

Krankheiten Ihres Kindes

Gab es besondere Operationen, Unfälle	<input type="checkbox"/> ja, welche und in welchem Alter?	<input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------	---	-------------------------------

Falls bei Ihrem Kind chronische Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen

Welche Untersuchungen haben bereits stattgefunden?		
--	--	--

Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?		
---	--	--

Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes bei einem Augenarzt getestet?	<input type="checkbox"/> ja, wann, wo? Gibt es einen auffälligen Befund? <i>(Bitte einreichen!)</i> <input type="checkbox"/> ja, welchen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
---	--	--

Wurde die Hörfähigkeit Ihres Kindes von einem HNO-Arzt getestet?	<input type="checkbox"/> ja, wann, wo? Gibt es einen auffälligen Befund? <i>(Bitte einreichen!)</i> <input type="checkbox"/> ja, welchen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
--	--	--

Hat Ihr Kind Krampfanfälle? (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt: Wie häufig? Wie lange? Wie äußern sich die Anfälle?	<input type="checkbox"/> nein
---	--	-------------------------------

War Ihr Kind bereits neuropädiatrisch vorstellig in der Kinderaztraxis Langner & Steiss?	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt:	<input type="checkbox"/> nein
--	---------------------------------------	-------------------------------

Hiermit melden wir unser Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum an:

 Ort, Datum

 Unterschrift **beider** Eltern oder Sorgeberechtigten

Bitte legen Sie den Fragebogen dem überweisenden Kinderarzt vor.		
Ohne dessen Zustimmung ist eine Bearbeitung des Fragebogens nicht möglich!		
Vom überweisenden Kinderarzt auszufüllen		
1. Fragestellung des überweisenden Kinderarztes		
2. Bei dem Kind besteht eine Besiedlung mit einem multiresistenten Erreger	<input type="checkbox"/> ja, welcher?	<input type="checkbox"/> nein
3. Stempel und Unterschrift des überweisenden Kinderarztes		