

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
Adresse: Strasse, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Staatsangehörigkeit	
Telefon-/Handynummer	
E-Mail	
Überweisender Kinderarzt	
Bei welcher Krankenkasse ist ihr Kind versichert?	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler
Angaben zur Familie	
Name der Mutter, Geburtsdatum, Beruf	
Name des Vaters, Geburtsdatum, Beruf	
Verwandtschaft der Eltern	<input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Familie				
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
Gab es in der Familie Fehl- oder Totgeburten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mehrere im _____ Schwangerschaftsmonat			<input type="checkbox"/> nein
Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen?	Von der Mutter: Vom Vater: Von anderen:			
Wie ist der Familienstand der Eltern?	<input type="checkbox"/> verheiratet seit: <input type="checkbox"/> zusammenlebend <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit: <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> wieder verheiratet seit:			
Das Kind lebt bei / in	<input type="checkbox"/> beiden Eltern <input type="checkbox"/> einem Elternteil, Name: <input type="checkbox"/> einer Pflegefamilie, seit: <input type="checkbox"/> einer Einrichtung, Name und Adresse:			

Wichtige Informationen		
Was ist der Vorstellungsgrund und was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind? Gibt es besondere Fragestellungen behandelnder Ärzte, Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (z.B. Schule, Kindergarten)? Bitte fragen Sie nach!		
<input type="checkbox"/> Frühgeburtlichkeit <input type="checkbox"/> ICP <input type="checkbox"/> Anfallsleiden <input type="checkbox"/> Autismus <input type="checkbox"/> AD(H)S <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung (<input type="checkbox"/> motorisch/ <input type="checkbox"/> sprachlich/ <input type="checkbox"/> kombiniert) <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Welche Hilfen erwarten Sie?		
<input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Therapie (Medikamente, Hilfsmittelversorgung...) <input type="checkbox"/> Beratung <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Angaben zur Vorgeschichte Ihres Kindes		
Schwangerschaft und Geburt		
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 <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?	_____ / _____ / _____	
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 sonstige besondere Krankheiten in den ersten Lebenswochen?	<input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein
Gab es andere Auffälligkeiten 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"/> Trinkschwäche <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> nein

Wie verlief die Entwicklung?			
Erster bewusster Blickkontakt	Monate	Erstes Lächeln	Monate
Gezieltes Greifen	Monate	Umdrehen von Rückenlage in Bauchlage	Monate
Krabbeln	Monate	Selbständiges Hinsetzen	Monate
Selbständiges Gehen	Monate	Erstes Lallen	Monate
Erste 2 bis 3 sinnvolle Worte in deutscher Sprache	Monate	Erste 2 bis 3 sinnvolle Worte in der Familiensprache	Monate
Erste Zwei- bis Dreiwortsätze in deutscher Sprache	Monate	Erste Zwei- bis Dreiwortsätze in der Familiensprache	Monate
Tagsüber trocken	Monate	Nachts trocken	Monate
Alleine trinken	Monate	Alleine essen	Monate

Besucht/e Ihr Kind einen Kindergarten oder Krippe? (bitte den Kindergartenbericht beifügen)	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ Lebensjahr	<input type="checkbox"/> nein
Welchen?	<input type="checkbox"/> Regelkindergarten <input type="checkbox"/> Integrationskindergarten <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		
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?		
Stärken hat er /sie in		
Schwächen/ Probleme in		
Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule?	<input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es Verhaltensprobleme zu Hause?	<input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein
Was spielt ihr Kind gerne?		
Medienkonsum	<input type="checkbox"/> 0 Stunden <input type="checkbox"/> < 1Stunde <input type="checkbox"/> >3 Stunden	

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:		
Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten an anderer Stelle bereits untersucht?	<input type="checkbox"/> ja, wann, wo?	<input type="checkbox"/> nein
Welche Untersuchungen haben dort 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? <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? <input type="checkbox"/> ja, welchen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Wurde der Zahnstatus/ das Gebiss bei einem Zahnarzt/Kieferorthopäden untersucht?	<input type="checkbox"/> ja, wann, wo? Sind Sie dort in Behandlung, gibt es einen auffälligen Befund? <input type="checkbox"/> Ja, welchen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein

Bekommt / bekam Ihr Kind eine spezielle Förderung?	<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:	<input type="checkbox"/> nein
Nutzt Ihr Kind Hilfsmittel?	<input type="checkbox"/> ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind Anfälle?	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt: Wie häufig? Wie lange? Wie äußern sich die Anfälle?	<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		
Stempel und Unterschrift des überweisenden Kinderarztes		
Fragestellung des überweisenden Kinderarztes		
Bei dem Kind besteht eine Besiedlung mit einem multiresistenten Erreger	<input type="checkbox"/> ja, welcher?	<input type="checkbox"/> nein