

zurück an:

Städt. Klinikum Solingen gGmbH
Sozialpädiatrisches Zentrum
z. H. Frau Skoppeck / Frau Fritz
Gotenstr. 1
42653 Solingen



STÄDTISCHES
KLINIKUM
Solingen
gemeinnützige GmbH

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus!
Nicht zutreffende Fragen können Sie streichen.

Anmeldefragebogen

1. Angaben zum Kind

Familienname:..... Vorname:

geb.: Geburtsort: Staatsangehörigkeit:

Adresse:

Überweisender Kinderarzt; Name:

Fragen zur Vorstellung

Weshalb stellen Sie Ihr Kind in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum vor?

Wer hat Ihnen zur Vorstellung geraten?

niemand, mir fallen Probleme auf, die ich gerne untersuchen lassen möchte

Kinderarzt

Kindergärtnerin / Lehrerin

jemand anderes,

nämlich _____

Welche Hilfen erhoffen Sie sich für Ihr Kind von uns?

Wer hat das Sorgerecht für das Kind?

beide Elternteile

ein Elternteil Mutter Vater

eine dritte Person (auch Teile des Sorgerechts), _____

Bitte nennen Sie uns eine Telefonnummer / Telefonnummern, unter der wir Sie tagsüber erreichen können:

1. _____

2. _____

Wenn Sie eine E-Mail-Adresse haben, unter der wir Sie erreichen können, geben Sie diese bitte hier an:

Medizinische Vorgeschichte

Schwangerschaft und Geburt

Die Schwangerschaft mit Ihrem Kind war Ihre _____ Schwangerschaft

Hatten Sie vor / oder nach der Geburt Ihres Kindes?

Schwangerschaftsabbruch / -abbrüche

Fehlgeburt / -en

Totgeburt / -en

Verlauf der Schwangerschaft?

Keine Probleme

Vorzeitige Wehen

Blutungen

Probleme beim Kind, z.B. Wachstumsstörungen

Krankheiten Ihrerseits, z.B. schwerwiegende Infektionen

Unfälle, Stürze

andere

Einnahme von Medikamenten? Wenn ja, welche?

Haben Sie geraucht? Wenn ja, wie viel?

Haben Sie Alkohol getrunken? Wenn ja, wie viel?

Welches Datum war für die Geburt Ihres Kindes errechnet?

_____._____._____

- Geburt
 normal
 Kaiserschnitt
 Saugglocke
 Zange
 Besonderheiten bei der Geburt

Geburtsgewicht: _____g

Probleme Ihres Kindes nach der Geburt

- keine
 Sauerstoffbedarf
 Gelbsucht
 Beatmung
 Trinkschwäche

Wann wurden Sie und Ihr Kind nach der Geburt entlassen? Nach _____ Tagen

Weitere Entwicklung

Haben Sie Ihr Kind gestillt?

- Ja, _____ Monate
 Nein

Gelang die Ernährung Ihres Kindes ohne Probleme?

- Ja
 Nein,
weil _____

Erstes Lächeln bei Anblick eines Gesichtes 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)

Tags und nachts sauber und trocken mit _____ Jahren

Fahrrad fahren (ohne Stützräder) mit _____ Jahren

Haben Sie sich jemals Sorgen über die Entwicklung Ihres Kindes gemacht? Wenn ja, wann und warum?

Vorerkrankungen

Leidet Ihr Kind an chronischen oder häufig wiederkehrenden Erkrankungen? Wenn ja, welche?

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

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

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

Ist Ihr Kind jemals stationär in einem Krankenhaus behandelt worden? Wenn ja, wann, wo und warum?

Ist Ihr Kind entsprechend den aktuellen Empfehlungen geimpft? Wenn nein, welche Impfungen fehlen und warum? Hat Ihr Kind zusätzliche Impfungen erhalten?

Hat ihr Kind jemals einen Kuraufenthalt benötigt? Wenn ja, wann und warum?

War Ihr Kind jemals bei einem der folgenden Ärzte? Wenn ja, wann und warum?

Augenarzt

HNO-Arzt

Neurologe / Kinderneurologe

Kinder- und Jugendpsychiater / Kinder- und Jugendpsychiatrie

Anderes SPZ

Sind bei Ihrem Kind bereits psychologische Untersuchungen, z.B. Entwicklungstest, Intelligenztest durchgeführt worden? 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

Krankengymnastik / Physiotherapie

Ergotherapie

Logopädie

Psychotherapie

Andere Therapie

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

Angaben zur Familie

Eltern:

	Mutter	Vater
Name		
Geburtsdatum		
Adresse (falls abweichend vom Kind)		
Erlerner Beruf		
Aktueller Beruf		

Erkrankungen der Mutter:

Erkrankungen des Vaters:

Geschwister:

Name	Geburtsdatum	Krankheiten, Probleme

Bei wem lebt das Kind?

Wie ist das Kind tagsüber versorgt?

Aus welchem Land stammt Ihre Familie?

Welche Sprache sprechen Sie zu Hause mit Ihrem Kind?

Gibt es in der Familie chronische oder schwerwiegende Krankheiten oder Behinderungen (auch psychiatrische Erkrankungen) z.B. bei Großeltern oder Geschwistern der Eltern?

Soziales Umfeld

Besucht oder besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

Nein

Ja, aktuell seit _____ halbtags von __ bis __ Uhr / ganztags

Ja, von _____ bis _____ Jahre

Regelkindergarten / Kindertagesstätte

Heilpädagogischer Kindergarten

Integrativer Kindergarten

Name der Einrichtung: _____

Gab oder gibt es im Kindergarten Probleme? Wenn ja, welche?

Welche Schule besucht Ihr Kind?

Grundschule

Hauptschule

Realschule

Gymnasium

Gesamtschule

Förderschule, für _____

Name der Schule: _____

Welche Klasse: _____

Gab oder gibt es in der Schule Probleme? Hat Ihr Kind jemals eine Klasse wiederholt oder die Schule gewechselt? Wenn ja, bitte ausführen

Welche Hobbys / Freizeitaktivität hat Ihr Kind? Ist Ihr Kind Mitglied in einem Verein?

Weitere Fragen

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

nein

ja: _____ %GdB

aG

H

BI

GI

RF

B

G

Ist Ihr Kind als pflegebedürftig eingestuft?

nein

ja Pflegestufe 1 2 3

Datum: _____

Unterschrift: _____