KLINIKEN DES LANDKREISES LÖRRACH

St. Elisabethen Krankenhaus Lörrach

www.klinloe.de

www.elikh.de

St. Elisabethen-Krankenhaus

Sozialpädiatrisches Zentrum
Kommissarisch: Dr. M. Fedorcak
Prof. Dr. T. Humpl

Sekretariat: 0 76 21/1 71-41 20
Fax: 0 76 21/1 71-41 99
E-Mail: spz@elikh.de

ANMELDEBOGEN MIT FRAGEN ZUR VORGESCHICHTE DES KINDES

Zuweisende Stelle (z.B. Kindergarten, Schule, eigenes Interesse, Hausarzt, etc.):

.....

Kinderarzt: .....

Unser Kinderarzt/unsere Kinderärztin befürwortet die Vorstellung ❍ ja ❍ nein
Voraussetzung für die Behandlung ist eine Überweisung durch den Kinderarzt/Hausarzt!

Name, Vorname des Kindes:

.....geboren am .....

Straße: .....

PLZ: ..... Wohnort: .....

Herkunftsland: …….....

Gesetzlicher Vertreter des Kindes:

❍ Mutter ❍ Vater ❍ Pflegefamilie ❍ Vormund ❍ Andere: .....

Telefonnummer (Festnetz und/oder Handy): ..……..……

E-Mail-Adresse: .....

Krankenkasse: ……

❍ Privat ❍ Gesetzliche Krankenversicherung

Über wen ist das Kind versichert?

❍ Mutter ❍ Vater ❍ Pflegefamilie ❍ Vormund ❍ Andere: .....

➔ Fragen zur Familie:

Familienstand:

❍ ledig ❍ verheiratet ❍ geschieden ❍ getrennt ❍ alleinerziehend

Vater des Kindes

Name : ……

Vorname: ……

geb. am : ……..

Adresse : ……..

……..

Beruf : ……

Arbeitszeit: ……..
(ganz-/halbtags, Schicht etc.)

Sorgerecht: ❍ ja ❍ nein

Mutter des Kindes

Name : ……

Vorname: ……

geb. am : ……..

Adresse : ……..

……..

Beruf : ……

Arbeitszeit: ……..
(ganz-/halbtags, Schicht etc.)

Sorgerecht: ❍ ja ❍ nein

Geschwister:
(schreiben Sie bitte die Namen aller Ihrer eigenen Kinder auf sowie die Namen aller Kinder, die in der Familie leben)

Name, Vorname	geb. am	Schulart/Klasse/Ausbildung	Besondere Probleme oder Krankheiten
……	……	……..	……
……	……	……..	……
……	……	……..	……
……	……	……..	……
……	……	……..	……

➔ Weshalb möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?

In welchem Bereich sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

❍ Körperbeherrschung und Bewegung
❍ Verhalten
❍ Wachstum und Körperbau
❍ Sprachentwicklung
❍ Erziehung
❍ Anfälle/Epilepsie
❍ Sehen
❍ Intelligenzentwicklung
❍ Umgang und Spiel mit anderen Kindern
❍ Ernährung
❍ Hören
❍ Schulleistungen

❍ Es soll ein Antrag auf Eingliederungshilfe gestellt werden.

❍ Sonstiges: ……

……

……

Können Sie die Probleme genauer beschreiben?

……

……

……

……

……

……

Welche Untersuchungen und Hilfe erwarten Sie?

……

……

……

➔ Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes

a) Fragen zur Schwangerschaft:

Wurden während der Schwangerschaft Medikamente genommen? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja, welche:
.....

Zeigten Ultraschalluntersuchungen Auffälligkeiten? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja, welche:
.....

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja, welche:
.....

b) Fragen zur Geburt:

In welchem Krankenhaus hat die Mutter entbunden? (wenn möglich, bitte Name und Adresse angeben)

.....

Errechneter Geburtstermin: ..... Schwangerschaftswoche: .....

Fragen zum Neugeborenen:

Gewicht: ..... Länge: .....Kopfumfang: .....

Apgar-Werte: (1 Min.) ..... (5 Min.) ..... (10 Min.) .....

Hat Ihr Kind sofort nach der Geburt geschrien? ❍ ja ❍ nein
Wurde Ihr Kind beatmet? ❍ ja ❍ nein Wenn ja, wie lange: .....
Wurde Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja, in welche? ❍ ja ❍ nein

(Name und Adresse) .....

Traten in den ersten Wochen Komplikationen auf wie z.B. ❍ Infektionen ❍ Anfälle?

.....

.....

c) Wie hat sich ihr Kind in den ersten Lebensjahren entwickelt:

Wie alt war ihr Kind …

beim ersten Lächeln? ……..……

beim ersten Zugreifen? ……

als es anfang, sich zu drehen? ……..…

als es anfing, frei zu sitzen? ……..…

als es anfing zu krabbeln? …….....…

als es anfing, frei zu gehen? ……..……

bei den ersten gesprochenen Worten?.……

beim ersten Sprechen kurzer Sätze?..……..……

als es trocken war? ……..……

als es sauber war? ……..……

Was beobachten Sie bei Ihrem Kind während es spielt?

.....

.....

.....

.....

.....

d) Fragen zu Kindergarten und Schule:

Besucht oder besuchte Ihr Kind eine(n)

❍ Kinderkrippe

❍ Kindertagesstätte

❍ Tagesmutter

❍ Kindergarten

❍ Kinderhort (Schulkind)

❍ Grundschulförderklasse

❍ Sonderschulkindergarten

für ……

Name und Adresse der Einrichtung: …….....

.....

Telefonnummer: .....

Ansprechpartner(in): .....

Welche Schule besucht oder besuchte Ihr Kind?

❍ Grundschule

❍ Hauptschule

❍ weiterführende Schule (Realschule oder Gymnasium)

❍ Sonderschule für …….....

Besucht gegenwärtig Klasse ……. Jahr der Einschulung: …….…....

Name und Adresse der Einrichtung: …….....

.....

Telefonnummer: .....Ansprechpartner(in): .....

➔ Fragen zur Untersuchung und Behandlung

Wo haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen vorgestellt?
(z.B. prakt. Arzt, Kinderarzt, Augenarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt etc.)

Name und Adresse der Einrichtung	Von wann bis wann?	Aufgrund welcher Krankheit/ welchem Anlaß?

Anderes SPZ/KJP?

.....

.....

Erhält/erhielt Ihr Kind/Ihre Familie Therapien/Förderung/Beratung? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja: Wann und über welchen Zeitraum?
(z.B. Beratungsstelle, Frühförderstelle, Ergotherapie, Logopädie, etc.)

Name und Adresse der Einrichtung	Von wann bis wann?	Aufgrund welcher Krankheit/ welchem Anlaß?

Wurde Ihr Kind stationär in einer Klinik behandelt? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja: Wann und über welchen Zeitraum?

Name und Adresse der Einrichtung	Von wann bis wann?	Aufgrund welcher Krankheit/ welchem Anlaß?

Bekommt bzw. bekam Ihr Kind Medikamente? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja: Welche und wann/in über welchem Zeitraum?

.....

.....

.....

.....

Bisher durchgeführte spezielle Untersuchungen (ambulant oder stationär):

❍ Röntgen/Ultraschall (z. B. Hüfte)

❍ EEG

❍ Augenarzt

❍ Computertomogramm (z. B. Kopf)

❍ Hörprüfung

❍ Kieferorthopädie

❍ Kernspintomogramm

❍ Psychologischer Test

❍ Andere

……..……

Ergänzende Angaben:

.....

.....

.....

.....

.....

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

❍ Vater ❍ Mutter ❍ andere: .....

....
(Ort, Datum) (Unterschrift/en)

!!! **Ohne vollständige Angaben zu Personalien von Vater/Mutter/Sorgeberechtigung (Seite 2), ohne Problembeschreibung (Seite 3) und ohne Unterschriften <u>aller Sorgeberechtigten</u> (Seite 8) können wir die Anmeldung nicht bearbeiten. Wir bitten um Verständnis.**

Bitte legen Sie auch sämtliche Vorbefunde in Kopie bei.

!!! **Abhängig von Ihren deutschen Sprachkenntnissen bitten wir, einen Dolmetscher zur Untersuchung mitzubringen.**