

Liebe Familie

Sie haben ihr Kind zur Diagnostik, Behandlung oder Beratung im *Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)* angemeldet.

In unserem Zentrum arbeiten Kinder- und JugendmedizinerInnen gemeinsam mit Psychologinnen und Therapeutinnen, um mit Ihnen gemeinsam die am besten geeigneten Behandlungsmöglichkeiten für Ihr Kind zu finden und Sie bei der Umsetzung zu unterstützen und zu beraten.

Der folgende **Fragebogen**, den Sie bitte ausfüllen und mit einer **Überweisung Ihres Kinder- und Jugendmediziners/Hausarztes** an uns zurücksenden, soll uns helfen, Vorstellungstermine sinnvoll zu planen.

Offen gebliebene Fragen werden bei der Erstvorstellung besprochen.

Zur Erstvorstellung bitten wir Sie bereits vorhandene **Befunde, Untersuchungsergebnisse, Nachweise über Impfungen (Impfausweis)** und das sogenannte **Gelbe Heft (Kindervorsorgeheft)** mitzubringen.

Gerne können Sie uns bereits Tage, an denen Sie keine Termine wahrnehmen können, mitteilen.

Zu Rückfragen können Sie uns gerne unter Tel. 0355/46 24 45 ansprechen oder per Mail: [SPZ@ctk.de](mailto:SPZ@ctk.de).

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Sozialpädiatrisches Zentrum

# ANGABEN ZUM KIND

Name (Geburtsname)

Vorname

Geburtstag

Geburtsort

Adresse (Strasse, PLZ, Wohnort)

Kreis

Bundesland

Staatsangehörigkeit

Kind lebt bei:

( Mehrfachnennungen sind möglich )

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> beiden leiblichen Eltern | <input type="checkbox"/> leiblicher Mutter | <input type="checkbox"/> leiblichem Vater | <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in           |
| <input type="checkbox"/> Pflegeeltern             | <input type="checkbox"/> Stiefmutter       | <input type="checkbox"/> Stiefvater       | <input type="checkbox"/> Großeltern                 |
| <input type="checkbox"/> Adoptiveltern            | <input type="checkbox"/> Adoptivmutter     | <input type="checkbox"/> Adoptivvater     | <input type="checkbox"/> Einrichtung<br>(z.B. Heim) |

andere

Sorgeberechtigte/r:

- beide Eltern  andere Erziehungsberechtigte
- Mutter Name, Anschrift, Tel.: .....
- Vater
- Geburtsort des/der Sorgeberechtigten: .....

Bei wem ist das Kind versichert? .....

Krankenkasse des Versicherten: .....

Geburtsort: .....

Tel. der Eltern

privat: .....

- nur wenn gewünscht:

Arbeitgeber

Tel. dienstlich Mutter: .....

bei: .....

Tel. dienstlich Vater: .....

bei: .....

E-Mail: .....

Name und Anschrift des überweisenden Arztes: .....

Gab es während der **Schwangerschaft** mit Ihrem Kind besondere Auffälligkeiten, Störungen oder seelische Belastungen?

Die **Geburt** erfolgte  rechtzeitig  zu früh  zu spät ..... Tage/Wochen

Gab es während der Geburt Auffälligkeiten? Wenn ja, welche?

Geburtsgewicht: ..... g Körperlänge: ..... cm Kopfumfang: ..... cm

Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenstagen:

- Atemstörungen  Trinkschwäche
- Fieber  Krämpfe
- auffallend starke Gelbsucht
- besonders große Unruhe (Schreikind)  auffallend ruhiges Kind
- Besonderheiten/Probleme bei der Nahrungsaufnahme
- andere Probleme: .....

Bitte geben Sie an, wann die unten aufgeführten **Entwicklungsschritte** erstmals zu beobachten waren (in Monaten):

Anblicken	.....	selbstständiges Essen	.....
Lächeln	.....	selbstständiges Anziehen	.....
Greifen	.....	Toilettenbenutzung	.....
Drehen	.....	Windelversorgung (tags, nachts)	.....
freies Sitzen	.....		
Kriechen/Robben	.....		
freies Laufen	.....		
1. sinnvolles Wort	.....		
Zweiwortsätze	.....		

Weshalb möchten Sie Ihr Kind vorstellen? – Welche Erkrankungen bestehen bei Ihrem Kind?

Wann ist dies erstmals aufgetreten?

Welche Hilfen erwarten Sie von uns für Ihr Kind?

Welche der folgenden Schwierigkeiten/Auffälligkeiten beobachten Sie bei Ihrem Kind?

im Bereich der Entwicklung

- Störungen der Sehfähigkeit
- Störungen der Hörfähigkeit
- Störungen der Sprachentwicklung
- Störungen der geistigen Entwicklung
- Störungen im motorischen Bewegungsablauf
- Störungen der Sauberkeitsentwicklung
- Störungen im Wachstum / Körperbau
- andere Störungen

.....

.....

im Verhalten

- übermäßige Ängstlichkeit
- starke motorische Unruhe
- Konzentrationsschwäche
- Schlafstörungen
- Essstörungen
- Kontaktschwierigkeiten
- übermäßige Wut- / Trotzanfälle
- Aggressivität
- Erziehungsschwierigkeiten
- andere Verhaltensprobleme

.....

---

Welche Kindereinrichtung besucht Ihr Kind?

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult?

..... Jahre

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?

ja

nein

Derzeitige Klassenstufe: .....

---

War Ihr Kind schon im **Krankenhaus** stationär? Wann? Wo? Weshalb?

---

Erhält Ihr Kind dauerhaft **Medikamente**? Wenn ja, welche?

---

Von welchen anderen Fachärzten, Psychologen oder Therapeuten wurde Ihr Kind schon betreut? Wenn ja, wann?

---

Welche anderen Untersuchungen – MRT, CT, EEG etc. - wurden bei Ihrem Kind schon durchgeführt? Wenn ja, wann?

Angaben zur **Familie**, in der das Kind lebt:

**Mutter** (Pflegemutter)

Name: .....

Vorname: .....

Geb. Datum: .....

Anschrift: .....  
(wenn abweichend)

.....

Staatsangehörigkeit: .....

erlernter Beruf : .....  
z.Zt. ausgeübter  
Beruf: .....

**Vater** (Pflegevater)

Name: .....

Vorname: .....

Geb. Datum: .....

Anschrift: .....  
(wenn abweichend)

.....

Staatsangehörigkeit: .....

erlernter Beruf: .....  
z.Zt. ausgeübter  
Beruf: .....

**Geschwister** (einschließlich angemeldetes Kind in der Reihenfolge der Geburten):

Name	Geb. Datum	Kindereinrichtung Schule (incl. Klasse) Berufsausbildung	Probleme oder Krankheiten
1. ....	.....	.....	.....
2. ....	.....	.....	.....
3. ....	.....	.....	.....
4. ....	.....	.....	.....
5. ....	.....	.....	.....
6. ....	.....	.....	.....

**Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten**

.....