

Fragebogen Kleinkind

Sozialpädiatrisches Zentrum
Leitende Ärztin: Dr. med. I. Berg, MBA
Helios Klinikum Krefeld
Akademisches Lehrkrankenhaus
der RWTH Aachen

Informationen zum Kind

Name des Kindes:	Geschlecht:		
Geburtsort:	Geburtstag:		
Straße:	Nr.:	PLZ:	Stadt:
Nationalität:	Aufenthaltsstatus:		bis:
Emailadresse:	Telefon:	Mobiltelefon:	
Anschrift Mutter:		Anschrift Vater:	

Sorgerecht:

<input type="checkbox"/> beide	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> Vormund, Name:	<input type="checkbox"/> Pflegefamilie, Name:	
Wo lebt ihr Kind?:	<input type="checkbox"/> bei den Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
	<input type="checkbox"/> Pflegefamilie	<input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> oder

Krankenkasse:

Behandelnder Kinderarzt:

Eltern des Kindes

Name Mutter:	Name Vater:		
Beruf:	Beruf:		
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:		
Geburtsland:	Geburtsland:		
Nationalität:	Nationalität:		
Muttersprache:	Muttersprache:		
Sind sie blutsverwandt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe		
Aufenthaltsstatus:	bis:	Aufenthaltsstatus:	bis:

Geschwister des Kindes

Name	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule	Erkrankungen/Beschwerden

Informationen zur Schwangerschaft, Geburt und frühkindlichen Entwicklung

Komplikationen in 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"/> Rauchen
	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Alkoholkonsum
	<input type="checkbox"/> Drogen	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Wir benötigen Kopien des gelben Vorsorgeheftes

Geburt in welcher Schwangerschaftswoche?

Geburtsgewicht:

Körperlänge:

Kopfumfang:

Wurde ihr Kind gestillt?

Ja Nein

Zeitraum:

Freies Laufen, Alter:

Fahrradfahren ohne Stützräder, Alter:

Sprachentwicklung Erste Worte:

Alter:

:

Zweiwortsätze:

Alter:

Sauberkeitsentwicklung tagsüber abgeschlossen?

Ja Nein

Wann?

Sauberkeitsentwicklung nachts abgeschlossen?

Ja Nein

Wann?

Welche der folgenden Krankheiten und Störungen sind in Ihren Herkunftsfamilien bekannt?

Geistiger Entwicklungsrückstand

Sehbehinderung oder Blindheit

spastische oder andere Lähmungen

Hörbehinderung oder Taubheit

Krampfanfälle

Geistes- oder Gemütskrankheiten

verzögerte oder gestörte Sprachentwicklung

Missbildungen, Wachstumsstörungen

Vorstellungsgrund im SPZ-was macht Ihnen Sorgen?

Wurde diesbezüglich schon etwas unternommen oder bei einer anderen Stelle vorgestellt?

Sind ähnliche Probleme, Erkrankungen oder Störungen im engeren Familienkreis bekannt?

Was für eine Unterstützung wünschen Sie sich von uns?

Informationen über die Kindergartenzeit

Hat ihr Kind einen Kindergarten besucht?

Ja Nein

Integrativer Kindergarten
Regelkindergarten

offenes Konzept

feste Gruppen

Hatte Ihr Kind einen integrativen Status?

Ja Nein

Wurden Auffälligkeiten im Kindergarten berichtet?

Ja Nein

(Wenn Ja, nächste Zeile ausfüllen)

Sprache

Konzentrationsprobleme

Sozialverhalten

hoher Bewegungsdrang

Motorik

oder

Medienkonsum

Wie viele Stunden am Tag darf ihr Kind TV schauen?

Wie viele Stunden am Tag darf ihr Kind das Smartphone nutzen?

Wie viele Stunden am Tag darf ihr Kind mit der Spielkonsole spielen?

Wie viele Stunden am Tag darf ihr Kind am PC/Laptop/Tablet sein?

Fragebogen Kleinkind

Sozialpädiatrisches Zentrum
Leitende Ärztin: Dr. med. I. Berg, MBA
Helios Klinikum Krefeld
Akademisches Lehrkrankenhaus
der RWTH Aachen

Bekam / Bekommt ihr Kind spezielle Förderung / Therapien?

Art der Therapie:

Zeitraum:

Inhalt:

Ziele:

Häusliche Übungen/werden Sie angeleitet?

Bisherige medizinische Untersuchungen (Falls Termine stattgefunden haben, bitte Befunde in Kopie beifügen)

Augenarzt

Pädaudiologe

EEG

MRT

Art der
Untersuchung

Zeitraum

Befund

Chronische Erkrankungen:

Operationen/stationäre Aufenthalte:

Medikamente:

Mobilität

Gibt es Schwierigkeiten in der Feinmotorik? Ja Nein

Gibt es Schwierigkeiten in der Grobmotorik? Ja Nein

Hat ihr Kind einen ausgeprägt hohen Bewegungsdrang? Ja Nein

Selbstversorgung

Wobei benötigt Ihr Kind bei der täglichen Routine Unterstützung? an- und ausziehen Toilette benutzen
 waschen Zähneputzen

Hat Ihr Kind Schlafprobleme? Ja Nein

Wenn Ja, bitte ankreuzen: Einschlafschwierigkeiten Durchschlafprobleme Schlafwandeln
 Alpträume kann nicht allein schlafen

Wann geht Ihr Kind ins Bett?

Wann steht Ihr Kind morgens auf?

Vorschulische Fähigkeiten

Wie weit kann Ihr Kind sicher zählen? bis 10 bis 20 weiter als 20

Erkennt Ihr Kind Würfelbilder? Ja Nein

Kann Ihr Kind seinen Namen schreiben? Ja Nein

Konzentration und Lernen

Hat Ihr Kind Probleme sich zu konzentrieren? Ja Nein

Wenn Ja, bitte ankreuzen: Ausdauer Ungeduld Impulsivität
 Abwesenheit Dinge zu Ende zu führen

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten sich an Regeln zu halten? Ja Nein

Wie ist das Spielverhalten? Fokussiert Wechselhaft

Wie lange kann sich Ihr Kind mit einer Sache beschäftigen? Minuten

Was sind die Stärken Ihres Kindes:

Wofür interessiert sich Ihr Kind:

Fragebogen Kleinkind

Sozialpädiatrisches Zentrum
Leitende Ärztin: Dr. med. I. Berg, MBA
Helios Klinikum Krefeld
Akademisches Lehrkrankenhaus
der RWTH Aachen

Behandlungseinwilligung und Schweigepflichtentbindung

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von meinem Kind

Name:

Vorname:

geb. am:

bei behandelnden Ärzten und nachfolgenden Institutionen erhobene Untersuchungsergebnisse eingeholt werden bzw. telefonische Anfragen erfolgen dürfen.

Kreuzen Sie bitte ggf. die Einrichtungen an, zu denen **keine** Kontaktaufnahme erfolgen soll.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ärzte | <input type="checkbox"/> Psychologen |
| <input type="checkbox"/> Kliniken | <input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten | <input type="checkbox"/> Frühförderung |
| <input type="checkbox"/> Schule/Schulamt | <input type="checkbox"/> Jugendamt, allgem. Sozialdienst |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt | <input type="checkbox"/> Familienhilfe |
| <input type="checkbox"/> Therapeuten | <input type="checkbox"/> Dolmetscher |

Arztbrief

Nach ambulanten oder stationären Terminen bei uns werden üblicherweise die Arztbriefe über Ihr Kind an Sie als Eltern und an den überweisenden Arzt geschickt

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Arzt den Brief und ggf. später erhaltene Befunde erhält.
 Nein, ich bin **nicht** mit einer Zustellung des Briefes oder ausstehender Befunde einverstanden.

Die Schweigepflichtentbindung muss von den Sorgerechtberechtigten (erst recht bei getrenntlebenden Eltern) unterschrieben werden, damit es rechtlich gewährleistet ist, dass beide Eltern über die Vorstellung im SPZ informiert und einverstanden sind.

Bei der Unterschrift einer sorgeberechtigten Person gilt das Einverständnis weiterer sorgeberechtigter Personen als gegeben. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigter

Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter

Bitte wenden >>>

Wichtige Informationen

Sehr geehrte Eltern,

damit wir gut und vertrauensvoll zusammenarbeiten und um Sie wirkungsvoll unterstützen zu können, bitten wir Sie um Kenntnisnahme und Beachtung folgender Punkte:

- Wir benötigen immer eine Quartalsüberweisung Ihres Kinderarztes. Bei kurzfristiger Terminvergabe bitte die Überweisung schnellstmöglich nachreichen, da wir weitere Termine nur nach Eingang der Überweisung mit Ihnen absprechen können. Falls die Überweisung am Ende des Quartals nicht bei uns eingegangen ist, erhalten Sie eine Privatrechnung in Höhe der geltenden Kostenpauschale. Weitere Termine können wir Ihnen dann nicht mehr vergeben!
- Bitte sagen Sie unter spz.krefeld@helios-gesundheit.de die Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, rechtzeitig ab. Dann können andere Eltern, die warten, diesen Termin erhalten. Bedenken Sie bitte, dass es bei einer kurzfristigen Absage leider zu einer längeren Wartezeit für einen neuen Termin kommen kann.
- Bei mehrfach unentschuldigtem Terminausfall werden wir Ihnen keine weiteren Termine mehr anbieten.
- Falls Sie einen Dolmetscher benötigen, organisieren Sie diesen bitte zu den Terminen und bringen ihn mit, damit wir uns gut mit Ihnen verständigen können.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter/ Sorgeberechtigter

Unterschrift Vater/ Sorgeberechtigter

Vielen Dank,

dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten!