

Fragebogen Anmeldung SPZ

Name des Kindes: _____ Vorname: _____ geboren am: _____
 Geburtsname: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 Wohnort: _____ PLZ: _____ Straße, Nr: _____
 telefonisch erreichbar unter: _____ oder: _____ E-Mail: _____
 Kinderarzt oder überweisender Arzt: _____
 Krankenkasse: _____
 Hauptversicherter, Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Schule, Kindertagesstätte: _____ Klasse: _____

Sorgeberechtigt sind:

leibliche Eltern Mutter Vater Pflegefamilie andere

	Vater	Mutter	andere z.B. Partner
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Anschrift (abweichend):			
Schulabschluss:			
Beruf:			
Tätigkeit:			
	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> std.weise <input type="checkbox"/> Ausbild.	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> std.weise <input type="checkbox"/> Ausbild.	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> std.weise <input type="checkbox"/> Ausbild.

Welche Sprache sprechen Sie: _____

Geschwister/Halbgeschwister

Name/Vorname	Geburtsdatum	Kita/Schule/Beruf	Besondere Erkrankungen/ Beschwerden

Bereits durchgeführte spezielle Untersuchungen/vorherige Vorstellungen

	wann?	wo?
EEG: <input type="checkbox"/>		
MRT: <input type="checkbox"/>		
CT: <input type="checkbox"/>		
Fachärzte/Psychologe: <input type="checkbox"/>		

Bisherige Krankenhausaufenthalte

wo?	wann?	warum?

Wurde Ihre Tochter/Ihr Sohn oder ein Geschwisterkind früher bereits in unserer Einrichtung betreut?

- ja
 nein
 wann:
 Vorbehandler:

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

- Verhaltens-/Erziehungsprobleme: ja nein
 Kontaktschwierigkeiten: ja nein
 Hör- und Sprachprobleme: ja nein
 Bewegungsstörungen: ja nein

Anderes:

Vorstellungsgrund aus der Sicht des Arztes: (vom Arzt auszufüllen)

Anamnesebogen Teil B (nur bei Erstanmeldung auszufüllen)

Name des Kindes: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Schwangerschaft/Geburt:

Normalgeburt Frühgeburt Schwangerschafts-
 Erstgeborenes Mehrlingsgeburt woche:

Geburtsgewicht in Gramm: _____ Geburtslänge im cm: _____

Geburtskomplikationen: _____

Familiäre Situation in den ersten Jahren:

Bezugsperson: _____

familiäre Situation /
Besonderheiten in der Familie:

Machte Ihnen in den ersten 12 Lebensmonaten etwas Sorgen? ja nein

auffallende Bewegungsarmut Sonstiges:
 auffallende Unruhe
 häufiges Spucken
 Krampfanfälle
 Schreckhaftigkeit
 häufiges Schreien

Zu den sogenannten „Grenzsteinen der Entwicklung“, wann konnte Ihr Kind:

Frei sitzen: _____ frei laufen: _____

gezielt Mama/Papa sagen: _____

2-Wort-Sätze sprechen: _____

Tagsüber trocken: _____

Tagsüber sauber: _____

Nachts sauber: _____

Nachts trocken: _____

Fahrrad fahren
(ohne Stützräder): _____

Krankheiten

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> entzündl. Hirnerkrankungen (Meningitis, Enzephal.) | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Asthma / Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Ekzem (Neurodermitis) | |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Allergien, auch gegen Medikamente | |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Kopf- oder Bauchschmerzen | |
| | <input type="checkbox"/> Schwindel | |

Welche überwiegenden Auffälligkeiten zeigt(e) ihr Kind?

- in der motorischen Entwicklung
 in der geistigen Entwicklung
 in der Aufmerksamkeit und Konzentration
 in den Sinnesfunktionen Sehen Hören andere
 in der Sprachentwicklung

Andere Verhaltensweisen

- Einnässen oder Einkoten
 Nägelkauen, Haareausreißen, Daumenlutschen, Zähneknirschen
 Tic's:
 Linkshänder
 übermäßiger Trotz andere:
 Gewalttätigkeiten / Aggressionen
 Schlaf- oder Essstörungen
 Ängste / Hemmungen
 Einzelgänger

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen in Beratungsstellen (Schulpsychologe, Familienberatungsstelle, andere Stellen mit Jahresangaben und Ort):

Bereits durchgeführte Förderungen/Behandlungen:

	seit wann?	wo?	beendet am?
Ergotherapie			
Physiotherapie			
Logopädie			
Heilpädagogie			
Psychologe			
Sozialpädagogie			
Komplexleistung			

Nimmt/nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Medikamente	Dosis	Zeitraum

Hilfsmittel (z.B. Brille, Hörgeräte):

SB-Ausweis ja nein
Pflegestufe ja nein
Sportbefreiung ja nein

Grad der Behinderung:
Merkzeichen:
Stufe:

Beurteilung des Kindes aus Sicht der Eltern

Stärken:

Schwächen:

Hauskind Kindertagesstätte Schule

Aktuelle Angaben zu Einrichtungen

Kindertagesstätte normal
 integrativ

Schule Grundschule
 Sekundarschule
 Gymnasium
 Förderschule für Lernbehinderte
 Förderschule für Geistigbehinderte

Rückstellung ja nein
Klassenwiederholung ja nein
Schulwechsel ja nein
Hort/Tagesgruppe ja nein

Wie ist das Verhalten im Kindergarten/Schule? (Entwicklungsbericht mitbringen)

**Freizeitgestaltung und Interessen des Kindes?
(Vereine, Sportgruppen, andere Aktivitäten):**

Wie lange darf Ihr Kind am Tag Fernsehen?

Wie lange darf Ihr Kind am Tag PC/Playstation spielen?

Häusliche Aufgaben/Pflichten:

Besondere familiäre Verhältnisse (Trennung, Scheidung, Pflegschaft, Adoption, auswärtige Arbeit, Notlagen, Großeltern).

Welche Hilfen erwarten Sie von uns:

Ort, Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten (Mutter, Vater oder Vormund)

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten.

Zur Erstvorstellung bringen Pflegeeltern bitte die Bestattungsurkunden und die Schweigepflichtsentbindung und Vollmachten des Vormundes/der Sorgeberechtigten mit.