

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM MAGDEBURG

im Kinderzentrum Magdeburg gGmbH, Adolf-Jentzen-Str. 2, 39116 Magdeburg
Telefon: 0391 66262-0 Telefax: 0391 6626279 E-Mail: info@kinderzentrum-magdeburg.de
Internet: www.kinderzentrum-magdeburg.de

FRAGEBOGEN

Name und Vorname **des Kindes**

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer

Geschlecht männlich weiblich divers unbestimmt

Name der Krankenkasse

gesetzlich privat Versichertennummer des Kindes: _____

über wen versichert Mutter Vater Andere

Wer ist der Inhaber der Gesundheitsorge? Mutter Vater Pflegeeltern Großeltern
(Teil des Sorgerechts)

Vormund Andere

Wenn nicht die Eltern, bitte Nachweis beifügen

Fragen zur Familie des Kindes

	<u>leibliche Mutter</u>	<u>leiblicher Vater</u>	<u>Pflegemutter</u>	<u>Pflegevater</u>
Name, Vorname	_____	_____	_____	_____
geboren am	_____	_____	_____	_____
erlernter Beruf	_____	_____	_____	_____
z.Zt. ausgeübte Tätigkeit	_____	_____	_____	_____
Festnetz	_____	_____	_____	_____
Telefax	_____	_____	_____	_____
Mobil	_____	_____	_____	_____
Telefonnr. dienstlich	_____	_____	_____	_____
E- Mail Adresse	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____
Aufenthaltsstatus	_____	_____	_____	_____

Bei nicht deutscher Staatsangehörigkeit bitte angeben, ob ein Dolmetscher benötigt wird

Ja Nein

Sind die leiblichen Eltern verheiratet getrennt lebend

Lebenspartner geschieden

Bei getrennt lebenden Kindeseltern bitte angeben, bei wem das Kind lebt (mit Name und Adresse)

Wenn das Kind in einer Pflegefamilie oder im Heim lebt, bitte hier Name, Anschrift, Tel.-Nr. angeben

Wer betreute das Kind überwiegend im

1. Lebensjahr

2. und 3. Lebensjahr

Ist Ihr Kind ein Adoptivkind? Ja Nein

Weiß Ihr Kind, dass es adoptiert wurde? Ja Nein

Lebte das Kind zeitweise in einer Pflegefamilie? Ja Nein

Wenn ja, wo und über welchen Zeitraum?

Lebte das Kind zeitweise in einem Heim? Ja Nein

Wenn ja, wo und in welchem Zeitraum?

Welche Personen leben zurzeit noch im Haushalt? (z.B. Kinder des Partners, Pflegekinder) Geburtsdatum

Wer außer den Eltern betreut und erzieht das Kind innerhalb der weiteren Familie (z.B. Großeltern, Verwandte) noch in größerem Umfang?

Fragen zum Kind

Wegen welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie bei uns Hilfe? (bitte kurz beschreiben)

Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

Welche Probleme hat Ihr Kind zurzeit?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wachstum, Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> Schulleistungen |
| <input type="checkbox"/> Grob- oder Feinmotorik | <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Alkohol-, Nikotin-, Drogenmissbrauch |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> Trennungsproblematik der Eltern/
familiäre Probleme |
| <input type="checkbox"/> chronische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> psychische Probleme |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hörvermögen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sehvermögen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensprobleme | |
| <input type="checkbox"/> zu Hause | |
| <input type="checkbox"/> in der Gemeinschaft | |

Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?

Welchen Ärzten, Psychologen und Beratungsstellen haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

(Bitte genaue Anschrift angeben, ggf. Angaben auf zusätzlichem Blatt)

	<u>Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon</u>	<u>In welchem Jahr?</u>
Kinderärzte	_____	_____
Orthopäde	_____	_____
HNO-Arzt	_____	_____
Augenarzt	_____	_____
weitere Ärzte	_____	_____
Erziehungsberatungsstelle	_____	_____
Schulpsychologischer Dienst	_____	_____
Psychologe/Psychiater	_____	_____

Wurde Ihr Kind schon einmal in einem Krankenhaus stationär behandelt oder operiert?

(einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Ja

Nein

Name, Ort des Krankenhauses

Wann, wie lange?

Wegen welcher Erkrankung?

Erhält oder erhielt Ihr Kind eine der folgenden Behandlungen?

Wo? (Therapeut, Einrichtung)
(Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon)

Zeitraum?

Frühförderung

Physiotherapie

Logopädie

Ergotherapie

Psychotherapie

andere Behandlungen

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

Wo? (Arzt, Einrichtung)
(Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon)

Wann?

Hörprüfung

Sehprüfung

Röntgenaufnahmen
(u.a. CT, MRT)
(Was wurde untersucht?)

Ultraschall

EEG

andere Untersuchungen

Welche Hilfsmittel hat Ihr Kind?

	<u>Seit wann?</u>		<u>Seit wann?</u>
<input type="checkbox"/> Brille	_____	<input type="checkbox"/> Rollator	_____
<input type="checkbox"/> Hörgerät/Cochlea Implantat	_____	<input type="checkbox"/> Orthesen	_____
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	_____	<input type="checkbox"/> Kommunikations- gerät	_____
<input type="checkbox"/> Stehständer	_____	<input type="checkbox"/> Sonstige	_____
<input type="checkbox"/> Sitzschale	_____		_____

Fragen zu Kindern mit Krampfanfällen (Epilepsie)

Hatte bzw. hat Ihr Kind Krampfanfälle? Ja Nein

Wann trat der erste Anfall auf? _____

Wann trat der letzte Anfall auf? _____

Wie sehen die Anfälle aus? Wie laufen sie ab? Bevorzugte Tageszeit?

Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja Nein

<u>Name der Medikamente</u>	<u>Dosierung (z.B. 3 x 1 Tabl.)</u>	<u>Seit wann?</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fragen zu den Schwangerschaften

Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind? _____

Haben Sie reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen? Ja Nein
(z.B. IVF, ICSI)

- Fehlgeburten Wie viele? _____ Wann? _____
- Totgeburten Wie viele? _____ Wann? _____
- Schwangerschaftsunterbrechungen Wie viele? _____ Wann? _____

Nennen Sie bitte die Namen der Kinder (einschließlich Patient) in der Reihenfolge ihrer Geburtsdaten (auch wenn Kinder bereits verstorben sein sollten, evtl. ergänzende Angaben auf zusätzlichem Blatt)

<u>Name und Vorname des Kindes</u>	<u>Geburtsdatum</u>	<u>Bemerkungen</u> (Schulbildung / leibliche Geschwister, Halb-, Adoptivgeschwister)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bestanden während der Schwangerschaft mit dem angemeldeten Kind folgende Erkrankungen oder Besonderheiten?

(Kreuzen Sie die zutreffenden Erkrankungen und Störungen an und falls möglich, geben Sie bitte dahinter den Monat an, in dem sie auftraten).

- | | <u>Schwangerschaftsmonat</u> | | <u>Schwangerschaftsmonat</u> |
|---|------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutung | _____ | <input type="checkbox"/> Unfälle | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen | _____ | <input type="checkbox"/> Operationen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ödeme (geschwollene Beine) | _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Eiweiß im Urin | _____ | <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck | _____ |
| <input type="checkbox"/> seelische Belastungen | _____ | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | _____ |
| | | Welche Infektionskrankheiten? | |

Zigaretten _____ Stück pro Tag Alkoholkonsum pro Woche _____

Medikamenteneinnahme / Drogen / Suchtmittel, wenn ja, welche? _____

Wann in der Schwangerschaft? _____

sonstige Erkrankungen bzw. Störungen _____

ergänzende Angaben (z.B. Fruchtwasseruntersuchung) _____

Fragen zur Geburt des angemeldeten Kindes

Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes _____ Jahre

Alter des Vaters bei der Geburt des Kindes _____ Jahre

Name der Mutter bei Geburt des Kindes _____

Wo wurde das Kind geboren? im Krankenhaus zu Hause

Name/ Anschrift des Krankenhauses _____

Wann war der errechnete Geburtstermin? _____

In der wievielten Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? _____

Spontangeburt

Einleitung

Kaiserschnitt

Geburtszange

Saugglocke

Gab es Besonderheiten?

Nabelschnurvorfall

Querlage

Nabelschnurumschlingung

Gesichtslage

Herztonabfall

grünes Fruchtwasser

Steißlage

Nachgeburt auffällig

Sonstige _____

Bestand eine Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaft?

Ja

Nein

Wenn ja, war das Kind der erstgeborene

oder der zweitgeborene Zwillings?

Fragen zum Neugeborenen

Gewicht _____ g

Länge _____ cm

Kopfumfang _____ cm

War eine Sauerstoffgabe oder eine Beatmung notwendig?

Ja

Nein

APGAR-Werte _____

ph-Wert _____

Bestanden irgendwelche Auffälligkeiten? Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt?

Ja

Nein

Name und Adresse der Kinderklinik _____

Warum wurde Ihr Kind verlegt? _____

Dauer des Aufenthaltes in der Kinderklinik? von _____ bis _____

Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenswochen eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?

Blutgruppenunverträglichkeit

Gelbsucht

Atemstörungen

Krämpfe

Trinkschwäche

Infektionen

häufiges Verschlucken

Erbrechen

Unruhezustände

Sonstige, welche Diagnose

Schläfrigkeit

Fragen zur Ernährung

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja

Nein

Wenn ja, wie lange? _____

Breikost erhielt Ihr Kind ab _____ Monat

feste Nahrung ab _____ Monat

derzeitige Ernährung (Anzahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung) _____

Besonderheiten (z.B. beim Saugen, beim Schlucken, beim Kauen; Speichelfluss, Ablehnung grober Kost)

Fragen zur frühkindlichen Entwicklung

Folgende Fertigkeiten und Meilensteine der Entwicklung beobachteten Sie bei Ihrem Kind erstmals im Alter von (bitte in Monaten bzw. Jahren angeben)

	<u>Alter</u>		<u>Alter</u>
Anblicken	_____	sinnvolle erste Worte	_____
Lächeln	_____	Zweiwortsätze	_____
gezieltes Greifen	_____	trocken (tags/nachts)	_____
dreht sich	_____	sauber (tags/nachts)	_____
setzt sich alleine hin	_____		
krabbelt	_____		
steht frei	_____	selbstständiges Essen	_____
läuft frei	_____	selbstständiges Anziehen	_____

ergänzende Angaben / Auffälligkeiten in der Entwicklung _____

Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand oder einen Rückschritt in der Entwicklung gegeben, wenn ja, in welchen Bereichen?

Fragen zur Selbstständigkeit, zum Spielverhalten und zu Auffälligkeiten

Ist Ihr Kind in der Lage

- Reißverschlüsse zu öffnen zu schließen
- Knöpfe zu öffnen zu schließen

Kann Ihr Kind

- gegenständlich malen (z. B. Mensch, Haus)
- Laufrad fahren Dreirad fahren Fahrrad fahren (ohne Stützräder) Schwimmen

Welche elektronischen Medien nutzt Ihr Kind

- Spielekonsole (z.B. Nintendo DS, Switch etc.) Spiele am Computer
- Handy/Tablet Sonstiges _____

Womit spielt Ihr Kind?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hat Ihr Kind einen Fernseher in seinem Zimmer? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind Einschlafstörungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind Durchschlafstörungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nässt Ihr Kind ein? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| War Ihr Kind schon einmal länger als 6 Monate trocken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kotet Ihr Kind ein? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| War Ihr Kind schon einmal länger als 6 Monate sauber? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidet Ihr Kind an Verstopfung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurden wegen dieser Probleme bereits Untersuchungen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn ja, wo? _____

Welche? _____

Fragen zum Kindergarten und zur Schule Ihres Kindes

Besucht oder besuchte Ihr Kind eine Vorschuleinrichtung oder eine Schule?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte
seit wann _____ | <input type="checkbox"/> Förderschule für Lernbehinderte |
| <input type="checkbox"/> Integrative Kindertagesstätte
<input type="checkbox"/> Regelkind
<input type="checkbox"/> Förderkind
seit wann _____ | <input type="checkbox"/> Förderschule für Geistigbehinderte |
| <input type="checkbox"/> Grundschule
seit wann _____ | <input type="checkbox"/> Förderschule für Sprachentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Sekundarschule
<input type="checkbox"/> Hauptschulklasse
<input type="checkbox"/> Realschulklasse | <input type="checkbox"/> Förderschule mit Ausgleichsklassen |
| <input type="checkbox"/> Gymnasium | <input type="checkbox"/> Förderschule für Körperbehinderte |
| <input type="checkbox"/> andere Schule | <input type="checkbox"/> Hortbetreuung
<input type="checkbox"/> integrativer Hort |
| <input type="checkbox"/> erhöhter individueller Förderbedarf | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

Welche Klassenstufe besucht Ihr Kind derzeit? _____

Name, Anschrift und Telefon-Nr. der Kindereinrichtung/Schule, die das Kind zurzeit besucht

Fragen zur Familienvorgeschichte

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen?

Welche?

Bei wem traten die Störungen auf?

Körperbehinderung/
spastische Lähmungen

geistiger Entwicklungsrückstand

Krampfanfälle (Epilepsie)

Fehlbildungen

Asthma, Ekzem

Sehstörungen, Hörstörungen

seelische Erkrankung

Bewegungsstörungen

verzögerte oder gestörte
Sprachentwicklung

Sonstige

Fragen nach zusätzlichen Hilfen

Leistungen der Pflegeversicherung

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad?

Eingeschränkte Alltagskompetenz

Ja

Nein

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

Ja

Nein

Wenn ja, welchen Grad der Behinderung und mit welchen Merkzeichen?
(z.B. GdB 100, Merkzeichen H, B, G)

Erhalten Sie bzw. Ihr Kind ambulante oder teilstationäre Hilfen des Jugendamtes zur Erziehung?

Sozialpädagogische Familienhilfe Erziehungsbeistand Tagesgruppe

Sonstiges

Befindet sich eines Ihrer Kinder schon bei uns in Betreuung?

Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Mutter
 Vater
 Anderen (bitte benennen)

Unterschriften **aller** Sorgeberechtigten (Inhaber der Gesundheitssorge)

Datum _____ Mutter _____
Unterschrift

Datum _____ Vater _____
Unterschrift

Datum _____ Andere _____
Unterschrift

Wir weisen Sie darauf hin, dass bei der Erstvorstellung ein Sorgeberechtigter (Inhaber der Gesundheitssorge) anwesend sein muss.

Aufsichtspflicht

Während des Aufenthaltes im Kinderzentrum sind Sie selbst für die Aufsicht Ihrer Kinder verantwortlich. Dies gilt auch für die gesamte Zeit und im Gelände des Kinderzentrums Magdeburg.

Bitte übersenden Sie **mit** dem Fragebogen einen gültigen Überweisungsschein an das SPZ Magdeburg.

Ohne gültigen Überweisungsschein können keine Termine vergeben werden!

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