

FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn als E-Mail an SPZ@ukw.de, per Fax an: 0931/201-27858 oder per Post an: Sozialpädiatrisches Zentrum / Frühdiagnosezentrum, Haus C5 Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg.

LIEBE ELTERN,

im folgenden haben wir einige Fragen, die uns wichtig erscheinen zusammengestellt.

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Name Ihres Kindes	
Vorname Ihres Kindes	
Geburtsdatum	
Geschlecht	männlich weiblich divers
Ihre Anschrift: Straße / Haus-Nr.	
Postleitzahl, Ort	
Ihre Telefon-/Handynummer	
E-Mail	
Landkreis / Bundesland	
Überweisender Kinderarzt: (Bitte beachten: Wir können nur noch Überweisungsscheine von Kinderärzten annehmen)	
Straße, Postleitzahl, Ort	
Telefonnummer	
Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen?	
Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?	<input type="checkbox"/> gesetzlich privat
Name der Krankenkasse	
Hauptversicherter:	männlich weiblich divers
Name, Vorname, Geburtsdatum	
Anderer Elternteil:	männlich weiblich divers
Name, Vorname, Geburtsdatum	

Das Wichtigste:

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

Welche Hilfen erwarten Sie?

Gibt es besondere Fragestellungen behandelnder Ärzte, Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (z.B. Schule, Kindergarten)? Bitte fragen Sie nach!

Wie verlief die Entwicklung?		
Erstes Lächeln		Monate
Gezieltes Greifen		Monate
Umdrehen von Rückenlage in Bauchlage		Monate
Selbständiges Hinsetzen		Monate
Selbständiges Gehen		Monate
Erste 2 bis 3 sinnvolle Worte im Deutschen		Monate
in der Familiensprache*		Monate
Erste Zwei- bis Dreiwortsätze im Deutschen		Monate
in der Familiensprache*		Monate
Tagsüber sauber und trocken		Monate
Nachts sauber und trocken		Monate
* hauptsächlich genutzte Sprache (Familiensprache) bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern		
Besucht/e Ihr Kind einen Kindergarten (oder eine Krippe)?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar vom bis Lebensjahr	<input type="checkbox"/> nein
Welchen?	<input type="checkbox"/> Regelkindergarten in <input type="checkbox"/> Integrationskindergarten <input type="checkbox"/> Schulvorbereitende Einrichtung/Förderkindergarten <input type="checkbox"/> mit Tagesstätte <input type="checkbox"/> Krippe	
	Name:	
	Tel.-Nr.	
	Wo:	
Gab/Gibt es dort Probleme?	<input type="checkbox"/> ja, weil	<input type="checkbox"/> nein

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?	<input type="checkbox"/> ja, weil	<input type="checkbox"/> nein
Welche Schule besucht Ihr Kind?		
In welcher Klasse?		
Tel.-Nr.:		
Einschulungsjahr:		
Schulform:	Grundschule Inclusive Schule/Inclusion Heilpädagogische Tagesstätte / welche: Förderschule / welche:	Hauptschule Hort Weiterführende Schule
Stärken hat er/sie in		
Schwächen/Probleme in		
Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule?	<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es Verhaltensprobleme zu Hause?	<input type="checkbox"/> ja,	<input type="checkbox"/> nein
Was spielt Ihr Kind gerne?		

Falls bei Ihrem Kind chronische Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen:		
Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten an anderer Stelle bereits untersucht?	<input type="checkbox"/> ja, wann? Wo?	<input type="checkbox"/> nein
Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?		
Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?		
Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes von einem Augenarzt überprüft?	<input type="checkbox"/> ja, wann?	<input type="checkbox"/> nein
Befund auffällig?	<input type="checkbox"/> ja, was? <input type="checkbox"/> nein	
Wurde die Hörfähigkeit Ihres Kindes von einem HNO-Arzt überprüft?	<input type="checkbox"/> ja, wann?	<input type="checkbox"/> nein
Befund auffällig?	<input type="checkbox"/> ja, was? <input type="checkbox"/> nein	
Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein

Bekommt/bekam Ihr Kind schon eine spezielle Förderung?	Krankengymnastik nach Bobath	von	bis
	Krankengymnastik nach Vojta	von	bis
	Pädagogische Frühförderung	von	bis
	Ergotherapie	von	bis
	Heilpädagogik	von	bis
	Sprachförderung/Logopädie	von	bis
	Sonstiges		
	Name der Einrichtung:		
	Tel.-Nr.:		
Sind Sie mit Ihrem Kind noch in einer zusätzlichen Betreuung, z.B. Arzt, Psychologin, Beratungsstelle?	<input type="checkbox"/> ja, wo?		<input type="checkbox"/> nein
	Tel.-Nr.:		
Nutzt Ihr Kind Hilfsmittel?	<input type="checkbox"/> ja, welche?		<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind Anfälle?	<input type="checkbox"/> ja, zuletzt:		<input type="checkbox"/> nein
	Wie häufig?		
	Wie lange?		
	Wie sehen die Anfälle aus?		

Zur Familie:		
Hat Ihr Kind Geschwister oder Halbgeschwister? (Bitte kreuzen Sie die Beziehung zu den Elternteilen an)		
Vorname:	Geburtsjahr:	Geschwister: Halbgeschwister: gleiche Mutter / gleicher Vater
Wurde bereits ein Geschwisterkind in unserem Zentrum (oder in der Neuropädiatrischen Sprechstunde) vorgestellt?	<input type="checkbox"/> ja, Name des Geschwisterkindes:	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es besondere oder chronische Krankheiten bei Eltern, Großeltern und Geschwistern?	<input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein
Gab es in der Familie Fehlgeburten oder Totgeburten?	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr _____ im _____ Schwangerschaftsmonat	<input type="checkbox"/> nein
Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen?	von der Mutter	
	vom Vater	
	von anderen	
Wie ist der Familienstand der Eltern?	verheiratet getrennt lebend seit geschieden seit allein erziehend	wieder verheiratet zusammen lebend
Das Kind lebt bei/in	beiden Eltern einem Elternteil (Name) einer Pflegefamilie einer Einrichtung	seit
Wer hat die Personensorge?		

Hiermit melden wir unser Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum an:

Ort, Datum

Unterschrift beider Eltern oder eines Elternteils, der hiermit erklärt, in Abstimmung mit dem anderen Elternteil zu handeln

Nur bei Kindern, die nicht bei einem Elternteil leben (z.B. Pflegekinder):

Wer hat die Gesundheitsvorsorge?

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Vorstellung des Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum:

Ort, Datum

Unterschrift des Inhabers der Gesundheitsvorsorge

Ergänzungspfleger

ja

nein

Bitte legen Sie den Fragebogen dem überweisenden Kinderarzt vor. Ohne dessen Zustimmung ist eine Bearbeitung des Fragebogens nicht möglich!

Vom überweisenden Kinderarzt auszufüllen:

Stempel des überweisenden Kinderarztes:

Fragestellung des überweisenden Kinderarztes:

Bei dem Kind besteht eine Besiedlung mit einem multiresistenten Erreger.

ja, welcher:

nein