

Katholisches Karl-Leisner-Klinikum, Postfach 1953,47517 Kleve

**Dr. med. J. Rübo**  
Chefarzt

**Klinik für Kinder- und  
Jugendmedizin, Neonatologie**

**P. Wundschock**  
Oberärztliche Leitung

**Sozialpädiatrisches Zentrum**

St.-Antonius-Hospital Kleve  
Albersallee 5 – 7, 47533 Kleve  
Telefon: 02821 / 490 7393  
Telefax: 02821 / 490 1482  
E-Mail: spz.ahk@kkle.de

Liebe Eltern,

Sie oder Ihr Kinder- und Jugendarzt machen sich Sorgen um die Entwicklung Ihres Kindes. Dies führte zur Anmeldung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum.

Gerne würden wir uns vor dem ersten Vorstellungstermin bei uns auf Ihr Kind vorbereiten. Daher bitten wir Sie, den beigefügten Fragebogen gut leserlich und vollständig ausgefüllt zurück zu senden.

Nach Erhalt des Fragebogens werden wir Sie auf unsere Warteliste zur Terminvergabe setzen.

Für die Erstvorstellung benötigen Sie:

- einen für das Quartal gültigen Überweisungsschein vom behandelnden Facharzt (Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie und Psychiatrie) für das sozialpädiatrische Zentrum
- die Krankenversichertenkarte
- das gelbe Vorsorgeheft
- den Impfpass
- wenn vorhanden: frühere Arztberichte
- Schulhefte und Schulzeugnisse

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des Sozialpädiatrischen Zentrums Kleve

Anlage

Dr. med. J. Rübo  
 Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie  
 Albersallee 5 – 7  
 47533 Kleve

P. Wundschock  
 Leitende Oberärztin des Sozialpädiatrischen Zentrums  
 Telefon: 0 28 21 / 4 90 - 73 93  
 Telefax: 0 28 21 / 4 90 - 14 82  
 spz@ahk.kkikk.de

Liebe Eltern,

gerne möchten wir vor der Vorstellung bei uns Ihr Kind etwas näher kennenlernen. Daher haben wir einige Fragen zusammengestellt, die uns dafür wichtig erscheinen. Bitte füllen Sie den Bogen so weit wie möglich aus, sollten Unklarheiten bestehen, können wir diese in einem gemeinsamen Gespräch erörtern.

Bitte berücksichtigen Sie, dass wir Termine erst vergeben können, wenn wir den Fragebogen vollständig ausgefüllt zurück erhalten haben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## 1 Allgemeine Angaben zum Kind

Nachname:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Postleitzahl:	Wohnort:	
Strasse:	Staatsangehörigkeit:	
Wer hat das Sorgerecht?		
Sind Sie telefonisch an Werktagen zwischen 08.00 Uhr und 12.00 Uhr zu erreichen?	Festnetz privat:	
	Festnetz dienstlich:	
	Mobiltelefon:	
	E-mail-Adresse:	
Können wir Sie auch sehr schnell einbestellen?	<input type="checkbox"/> Am gleichen Tag <input type="checkbox"/> Einen Tag vorher	
Kind besucht zurzeit	zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule	
Name und Adresse der Einrichtung:	Seit wann:	
	Klasse (bei Schule)	
Kontaktperson im Kindergarten / in der Schule:		
Kinderarzt / Hausarzt:		

 Katholisches Karl-Leisner-Klinikum	Elternfragebogen	KKLK_PAE_All_FM
		2018

## 2 Vorstellungsgrund und allgemeine Angaben

- 2.1 Welche Sorgen veranlassten Sie dazu, Ihr Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum vorzustellen? (Bitte genaue Angaben zur korrekten Terminplanung. Sonst kann es zur Verzögerung bei der Einbestellung kommen)

2.2 Wer hat eine Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum empfohlen?

---

2.3 Waren Angehörige Ihrer Familie bereits im Sozialpädiatrischen Zentrum in Behandlung?

Nein       Ja

Wenn ja, wer? (Name, Vorname, Geburtsdatum):

---

Bitte kreuzen Sie an auf welchem Gebiet Ihr Kind Probleme hat (Mehrfachnennungen möglich):	
<input type="checkbox"/> Wachstum/Fehlbildungen <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung/Bewegung/motorische Unruhe <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung <input type="checkbox"/> Hörvermögen <input type="checkbox"/> Sehvermögen <input type="checkbox"/> Verhalten <input type="checkbox"/> Schulleistungen	<input type="checkbox"/> Konzentration <input type="checkbox"/> Gedächtnis <input type="checkbox"/> Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegeverhältnis <input type="checkbox"/> Trennungsproblematik <input type="checkbox"/> Sonstiges

Wie alt war Ihr Kind als Sie das erste Mal Auffälligkeiten in der Entwicklung oder des Verhaltens gemerkt haben?

- Von Geburt an.  
 Ganz allmählich im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren.  
 Plötzlich im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren.

2.4 Bisherige Behandlungen- und Fördermaßnahmen

Um welche Therapien oder Maßnahmen handelt es sich?	Von wann bis wann?	Bei wem (Name des Therapeuten/Arztes)?
Frühförderung		
Krankengymnastik		
Sprachtherapie		
Ergotherapie		
Psychotherapie		
Anderes		

**2.5 Bisherige medizinische Untersuchungen:**

Untersuchungen	Wann zuletzt	Bei wem (Name des Arztes/Krankenhauses)
Hörprüfung		
Sehprüfung		
Röntgen		
Computertomographie		
Kernspintomographie		
Ultraschall		
EEG		
Andere		

**2.6 Hat ihr Kind Hilfsmittel?**

- Brille       Hörgerät       Spezialrad       Orthesen  
 Rollstuhl       Spezialbett       Rollator       Stehständer  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**2.7 Nimmt oder nahm ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**

Medikamentenanamnese:	Dosierung			
Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

**2.8 Gibt es bei Ihrem Kind eine bekannte Behinderung?**

Nein     Ja    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es eine Pflegestufe?

Nein     Ja    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist ein Behindertenausweis vorhanden?

Nein     Ja    Wenn ja, welcher Grad der Behinderung wurde festgestellt? \_\_\_\_\_

Und welche Bezeichnungen?

B     H     G     aG     R     F

Hilfsmittelversorgung

Nein     Ja    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### 3 Fragen zu Schwangerschaft und Geburt

- 3.1 Wurde die Schwangerschaft durch eine medizinische Maßnahme herbeigeführt?  
 Nein     Ja    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 3.2 Hatte die Mutter Fehlgeburten?  
 Nein     Ja    Wie viele und wann? \_\_\_\_\_
- 3.3 Wie verlief Ihre Schwangerschaft (Mehrfachnennungen möglich)?
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ohne Komplikationen | <input type="checkbox"/> Starke Übelkeit/ Erbrechen | <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen                 |
| <input type="checkbox"/> Frühgeburt          | <input type="checkbox"/> Blutungen                  | <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck               |
| <input type="checkbox"/> Ödeme               | <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Bestrahlungen                    |
| <input type="checkbox"/> Operationen         | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit        | <input type="checkbox"/> Unfälle                          |
| <input type="checkbox"/> Seelische Belastung | <input type="checkbox"/> Kontakte zu Giften         | <input type="checkbox"/> Einnahme von Alkohol oder Drogen |
| <input type="checkbox"/> Zigarettenkonsum    | <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme       | wenn ja, welche: _____                                    |
- 3.4 Erfolgte die Geburt:
- Am Termin
- Zu früh, in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche
- Zu spät, in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche
- 3.5 Wie verlief die Geburt?
- Spontan     Geplanter Kaiserschnitt     Notkaiserschnitt     Zangen-/Saugglockengeburt
- 3.6 Gab es Komplikationen? (Beckenendlage, Querlage, Herztonabfall, Nabelschnurumschlingung, etc.)
- \_\_\_\_\_
- 3.7 Bestand eine Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaft?
- Nein     Ja
- Wenn ja, war das Kind der erst- oder zweitgeborene Zwilling? \_\_\_\_\_



#### 4 Fragen zum Neugeborenen

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

Apgar-Werte: \_\_\_\_\_ Nabelschnur-PH: \_\_\_\_\_

War eine Beatmung notwendig?  Ja  Nein

Bestanden Auffälligkeiten beim Kind?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind nach der Entbindung verletzt?  Ja  Nein

Warum? \_\_\_\_\_

In welche Klinik? \_\_\_\_\_

##### 4.1 Wie verlief die Neugeborenenzeit in den ersten Lebenswochen? (Mehrfachnennung möglich)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ohne Komplikationen | <input type="checkbox"/> Blutgruppenaustauschtransfusionen            |
| <input type="checkbox"/> Atemstörungen       | <input type="checkbox"/> Trinkschwäche                                |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht           | <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen           | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                              |

##### 4.2 Verhalten im Säuglingsalter?

- Unauffällig  Ruhig  Unruhig  Schreckhaft

War Ihr Kind ein Schreikind?

Nein  Ja Wenn ja, zu welcher Tageszeit \_\_\_\_\_

##### 4.3 Fragen zu Ernährung:

Wurde Ihr Kind gestillt?

Nein  Ja Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Einführung von Beikost ab \_\_\_\_\_ Monat. Einführung fester Nahrung \_\_\_\_\_ Monat.

Gab es Besonderheiten bei der Ernährung (z.B. Schlucken, Kauen, Speichelfluss, Ablehnung grober Kost, Neigung zum Erbrechen)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jetzige Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 5 Krankheiten in der Vorgeschichte

### 5.1 Welche Kinderkrankheiten hatte ihr Kind?

- Masern                       Scharlach                       Mumps                       Windpocken  
 Gehirnhautentzündung    Keuchhusten                       Röteln                       Dreitagefieber  
 Schädelverletzungen       Fieberkrämpfe                       Sonstiges \_\_\_\_\_

### 5.2 Weitere Erkrankungen:

- Allergien                      Welche: \_\_\_\_\_  
 Unfälle/Verletzungen      Welche: \_\_\_\_\_  
 Chronische Erkrankungen: Welche: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

### 5.3 Krankenhausaufenthalte und Operationen:

Warum/Was?	Wann?	Wo?

## 6 Kindesentwicklung

### 6.1 Motorik/Feinmotorik:

- Drehen:                       Nein                       Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_  
 Robben:                       Nein                       Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_  
 Krabbeln:                       Nein                       Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_  
 Freies Sitzen:                       Nein                       Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_  
 Treppensteigen:                       Nein                       Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_  
 Freies Laufen                       Nein                       Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_  
 Dreiradfahren                       Nein                       Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_  
 Laufrad                       Nein                       Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_  
 Roller fahren                       Nein                       Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_  
 Fahrradfahren ohne Stützräder    Nein                       Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_  
 Kindergartenfertigkeiten auffällig  
 (Malen, Schneiden, Basteln etc.)    Nein                       Ja

### 6.2 Sprechen, Hören, Sehen:

- Erste Worte                       Nein                       Ja im Alter von: \_\_\_\_\_  
 Erste kurze Sätze                       Nein                       Ja im Alter von: \_\_\_\_\_  
 Sprachauffälligkeiten                       Nein                       Ja, welche \_\_\_\_\_  
 Trägt ihr Kind eine Zahnsperre?    Nein                       Ja  
 Hörauffälligkeiten                       Nein                       Ja, welche \_\_\_\_\_  
 Sehauffälligkeiten                       Nein                       Ja, welche \_\_\_\_\_



### 6.3 Selbständigkeit

Selbständiges Essen:  Nein  Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_

Selbständiges Anziehen:  Nein  Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_

### 6.4 Schlafgewohnheiten und Schlafprobleme

Mein Kind schläft nachts durch  Nein  Ja

Mein Kind wird nachts regelmäßig wach  Nein  Ja

Unregelmäßige Atmung  Nein  Ja

Gab es Schlafprobleme in der Entwicklung?  Nein  Ja

Macht Ihr Kind Mittagsschlaf?  Nein  Ja

Wann geht Ihr Kind ins Bett?

---

Wie lange braucht Ihr Kind zum Einschlafen?

---

Wann steht es auf?

---

Wo schläft Ihr Kind?

Im eigenen Bett  Im Bett der Eltern  Anderes

In welchem Raum steht das Bett Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

### 6.5 Sauberkeitsentwicklung

Tagsüber trocken (kein Einnässen)  Nein  Ja

Tagsüber sauber (kein Einkoten)  Nein  Ja

Nachts trocken (kein Einnässen)  Nein  Ja

Nachts sauber (kein Einkoten)  Nein  Ja

War ihr Kind schon einmal länger als sechs Monate trocken?  Nein  Ja

Andere Auffälligkeiten, die die Sauberkeit betreffen:

## 7 Aktuelles Verhalten

- |  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Hält sich Ihr Kind an Regeln?                            | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Kann sich Ihr Kind durchsetzen?                          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Ist ihr Kind oft aggressiv?                              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hat Ihr Kind Angst vor anderen Kindern?                  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich von Ihnen zu trennen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Weint ihr Kind sehr oft oder schnell?                    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

### 7.1 Verhaltensauffälligkeiten

- |   |   |   |                                      |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ängste           | <input type="checkbox"/> Autoaggressionen     | <input type="checkbox"/> Stottern       | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen   | <input type="checkbox"/> Stehlen              | <input type="checkbox"/> Masturbieren   | <input type="checkbox"/> Wutanfälle  |
| <input type="checkbox"/> Nägelbeißen      | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen   | <input type="checkbox"/> Daumenlutschen | <input type="checkbox"/> Schnullern  |
| <input type="checkbox"/> Zündeln          | <input type="checkbox"/> Haare ausreißen      | <input type="checkbox"/> Unruhezustände | <input type="checkbox"/> Ticks       |
| <input type="checkbox"/> Lügen            | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |   |   |                                      |

Bitte beschreiben Sie die Auffälligkeiten näher:

Gibt es typische Problemsituationen (z.B. beim zu Bett gehen, Hausaufgaben machen etc.), welche Probleme treten auf und seit wann ist dies der Fall?

Welche Maßnahmen haben Sie bisher dagegen getroffen?

## 8 Kindergarten und Schulzeit

8.1 Besucht oder besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

- Nein
  Ja, und zwar seit dem \_\_\_\_\_ Lebensjahr  
 Kindertagesstätte
  Regelkindergarten  
 Integrativer Kindergarten
  mit Integrativplatz
  ohne Integrativplatz

8.1.1 Dauer der Betreuung

- Ganztags
  Vormittags

8.2 Hat Ihr Kind den Kindergarten gewechselt?

- Nein
  Ja, Wann/Warum? \_\_\_\_\_

8.3 Auffälligkeiten/Probleme im Kindergarten:

- Nein
  Ja
  im Spielverhalten, welcher Art \_\_\_\_\_  
 Im Sozialverhalten, welcher Art \_\_\_\_\_

8.4 Besuchte Ihr Kind eine Vorschule(Schulkindergarten)?

- Nein
  Ja
 Wann: \_\_\_\_\_

8.5 Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?

- Nein
  Ja
 Wegen: \_\_\_\_\_

8.6 Wo wurde Ihr Kind eingeschult?

- Grundschule
  Integrativklasse
  Förderschule  
 Andere Schulform
 Welche: \_\_\_\_\_

Zurzeit besucht Ihr Kind die \_\_\_\_\_ Klasse.

Hat Ihr Kind die Schulform gewechselt?  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?  Nein  Ja, welche Klasse? \_\_\_\_\_

8.6.1 Dauer der Betreuung?

- Ganztags
  Vormittags
  Besuch eines Horts
 von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

8.7 Hat Ihr Kind in der Schule Probleme?

- Rechnen
  Lesen
  Schreiben
  Sport
  Konzentration
  Arbeitstempo  
 Im Verhalten (z.B. mit anderen Kindern)

Wie lange dauern durchschnittlich die Hausaufgaben? \_\_\_\_\_ Stunden.

Sie werden angefertigt mit:  Eltern
  ohne Eltern
  mit Anderen (z.B. Schülerhilfe)

Gibt es dabei Auffälligkeiten oder Probleme?  Nein
  Ja, nämlich: \_\_\_\_\_

Die Leistungen Ihres Kindes sind besonders gut in: \_\_\_\_\_

Nicht so gut in: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind an Förderunterricht teil?

Nein  Ja, in welcher Form \_\_\_\_\_

## 9 Freizeitaktivitäten

Spielt vorzugsweise im Haus  Spielt vorzugsweise draußen  
 TV/Video \_\_\_\_\_ Stunden/täglich  PC oder ähnliches \_\_\_\_\_ Stunden/täglich.

9.1 Beschäftigt sich Ihr Kind überwiegend mit

Mutter  Vater  Geschwistern  Freunden  Alleine

9.2 Kann sich Ihr Kind lange mit einer Sache beschäftigen?

Nein  Ja

9.3 Hat Ihr Kind Freunde?

Nein  Ja

9.4 Ist Ihr Kind Mitglied in Gruppen oder Vereinen?

Nein  Ja Wenn ja, in welcher Gruppe \_\_\_\_\_  
 oder welchem Verein \_\_\_\_\_  
 Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_ Mal

9.5 Macht es Musik?

Nein  Ja Wenn ja, wo \_\_\_\_\_  
 Welches Instrument? \_\_\_\_\_  
 Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_ Mal

## 10 Erziehung

10.1 Wie kommen Sie mit Ihrem Kind allgemein in der Erziehung zurecht?

Sehr gut  Problemlos  Meist ganz gut  Gar nicht

Schwierigkeiten bestehen bei: \_\_\_\_\_

10.2 Wie ist die Wohnsituation für Sie und ihr Kind?

Gut  Zufriedenstellend  Schlecht  
 Eigenes Kinderzimmer?  Ja  Nein

10.3 Genügend Platz zum Spielen?

Innerhalb der Wohnung  Nein  Ja  
 Außerhalb der Wohnung  Nein  Ja  
 Im Garten  Nein  Ja

10.4 Gibt es in der Familie Haustiere?

Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_

## 11 Familiensituation

### 11.1 Ist Ihr Kind

- ein leibliches Kind?   
  ein Adoptivkind?   
  ein Pflegekind?

### 11.2 Lebt Ihr Kind

- mit beiden Eltern?   
  bei der Mutter?   
  bei dem Vater?   
  bei Pflegeeltern?
- im Heim \_\_\_\_\_?
- oder wo sonst: \_\_\_\_\_?

Bitte nennen Sie in den unten genannten Zeilen alle Geschwister oder Halbgeschwister, die mit in der Familie leben oder auch nur zum Wochenende kommen, sowie ggf. verstorbene Kinder.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Wohnort	im gleichen Haushalt
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### 11.3 Familienstand der Eltern

- Ledig
- Verwitwet            seit \_\_\_\_\_
- Verheiratet            seit \_\_\_\_\_
- Zusammenlebend    seit \_\_\_\_\_
- Getrennt                seit \_\_\_\_\_
- Geschieden            seit \_\_\_\_\_
- Sonstiges                \_\_\_\_\_

### 11.4 Sind die Eltern miteinander verwandt?

- ja     nein

## 12 Wir bitten zusätzlich um einige Angaben zur Person der Eltern.

### 12.1 Leibliche Mutter

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Nationalität:	Religion:
Adresse:		

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Haben Sie eine Ausbildung gemacht oder ein Studium absolviert?

Nein  Ja

Welche/s:

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

Arbeiten Sie in

Teilzeit  Vollzeit

### 12.2 Leiblicher Vater

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Nationalität:	Religion:
Adresse:		

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Haben Sie eine Ausbildung gemacht oder ein Studium absolviert?

Nein  Ja

Welche/s:

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

Arbeiten Sie in

Teilzeit  Vollzeit

Falls sich die Familiensituation geändert hat, bitten wir Sie um die Selben Angaben für die aktuell richtigen Bezugspersonen wie z.B. Lebensgefährte/in, Stiefeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern.

### 12.3 Ersatzmutter

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Nationalität:	Religion:
Adresse:		

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Haben Sie eine Ausbildung gemacht oder ein Studium absolviert?

Nein  Ja

Welche/s:

---



---

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Welchen Beruf üben Sie aus?

---



---

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

---



---

Arbeiten Sie in

Teilzeit  Vollzeit

### 12.4 Ersatzvater:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Nationalität:	Religion:
Adresse:		

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Haben Sie eine Ausbildung gemacht oder ein Studium absolviert?

Nein  Ja

Welche/s:

---



---

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Welchen Beruf üben Sie aus?

---



---

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

---



---

Arbeiten Sie in

Teilzeit  Vollzeit

12.5 Wichtige Erkrankungen der Geschwister/der Familie:

12.6 Besondere Belastungen für das Familienleben:

12.7 Besondere Unterstützungen für das Familienleben, z.B. Caritas-Beratungsstelle, Frühförderstelle, Jugendamt):

Nein       Ja      Wenn ja, wie heißt Ihr Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Welche Stelle \_\_\_\_\_

12.8 Welche Stärken hat Ihr Kind?

12.9 Was erwarten Sie von der Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum?



## Behandlungseinwilligung und Schweigepflichtentbindung

Wir sind / Ich bin für das Kind \_\_\_\_\_ sorgeberechtigt  
und einverstanden: (Name, Vorname des Kindes)

- mit der Behandlung im sozialpädiatrischen Zentrum
- dass Befunde / Arztbriefe und Empfehlungen zu meinem Kind eingeholt werden
- mit der Übersendung der Befundberichte an den überweisenden Arzt
- gegebenenfalls mit dem Austausch und der Weiterleitung der Befunde / Befundberichte mit dem / an die nachfolgenden Einrichtungen:
  - ◆ Kindergarten / Tagesstätte / Schule / Schulpsychologischer Dienst / Schulumt / Schulsozialarbeiter / Krankengymnastik / Heilpädagogik / Ergotherapie / Logopädie
  - ◆ Frühförderstelle / Beratungsstelle / Jugendamt / allgemeiner sozialer Dienst
  - ◆ Sozialamt / Landschaftsverband / Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz / Kinderklinik / Tagesklinik / Station
  - ◆ Behandelnden Arzt
  - ◆ Pflegeeltern, Erziehungsstelle
  - ◆ Weitere: \_\_\_\_\_
- dass von unserem Kind ein Foto zum ausschließlichen Verbleib in der Akte erstellt wird.

Ø (Bitte streichen Sie die Einrichtungen, für die dies nicht zutrifft!)

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Vater       Mutter       Andere \_\_\_\_\_

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Vorstellung im Sozial-Pädiatrischen-Zentrum Kleve einverstanden.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Mutter                                  Vater                                  Sonstige                                  Jugendliche ab 14 J.

