



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@kkle.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 voll-ständig ausgefüllt zurück erhalten haben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1 Allgemeine Angaben zum Kind

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Postleitzahl:	Wohnort:
Strasse:	Staatsangehörigkeit:
Wer hat das Sorgerecht?	
Leibliches Kind Pflegekind, seit wann in der Familie:	Festnetz privat:
	Mobiltelefon: Vater: Mutter: Andere z.B. Pflegeeinrichtung / Pflegeeltern:
Wer ist der Kostenträger? Krankenkasse Sozialamt	E-mail-Adresse:
Kontaktperson im Kindergarten / in der Schule und Name der Einrichtung:	
Kinderarzt:	



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):

Wachstum/Fehlbildungen	Konzentration
Körperbeherrschung/Bewegung/motorische Unruhe	Gedächtnis
Geistige Entwicklung	Krampfanfälle
Sprachentwicklung	Ernährung
Hörvermögen	Adoptivkind
Sehvermögen	Pflegeverhältnis
Verhalten	Trennungsproblematik
Schulleistungen	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			
	morgens	mittags	abends	nachts
Medikament				

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

Wann war der errechnete Entbindungstermin? _____

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

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 verlegt? 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 Zahnspange? 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? Nein Ja
- Kann sich Ihr Kind durchsetzen? Nein Ja
- Ist ihr Kind oft aggressiv? Nein Ja
- Hat Ihr Kind Angst vor anderen Kindern? Nein Ja
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich von Ihnen zu trennen? Nein Ja
- Weint ihr Kind sehr oft oder schnell? Nein Ja

7.1 Verhaltensauffälligkeiten

- Ängste Autoaggressionen Stottern Verstopfung
- Zähneknirschen Stehlen Masturbieren Wutanfälle
- Nägelbeißen Einschlafstörungen Daumenlutschen Schnullern
- Zündeln Haare ausreißen Unruhezustände Ticks
- Lügen Durchschlafstörungen Schlafwandeln
- 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 _____ sorgberechtigt
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 / Schulamt / Schulsozialarbeiter / Krankengymnastik / Heilpädagogik / Ergotherapie / Logopädie
- Frühförderstelle / Beratungsstelle / Jugendamt / allgemeiner sozialer Dienst
- Sozialamt / Landschaftsverband / Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten / 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 Sorgberechtigten sind mit der Vorstellung im Sozial-Pädiatrischen-Zentrum Kleve einverstanden.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift aller Sorgberechtigten

Mutter

Vater

Sonstige

Jugendliche ab 14 J.



Bitte nur durch den Kinderarzt ausfüllen lassen und zusammen mit dem von Ihnen ausgefüllten Fragebogen an uns zurücksenden. Erst dann ist eine Terminvergabe möglich.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

das Kind _____

soll im SPZ vorgestellt werden.

Zur besseren Terminplanung bitten wir Sie, den Vorstellungsgrund für uns zu konkretisieren:

- Wahrnehmung
- Grobmotorik
- Feinmotorik
- Sprache
- Verhaltensauffälligkeiten
- Konzentrations-/Aufmerksamkeitsprobleme
- Psychosoziale Situation
- Schulauffälligkeiten
- Weiterverordnung klären
- Ergotherapie nach _____ Therapieeinheiten
- Logopädie nach _____ Therapieeinheiten
- Physiotherapie nach _____ Therapieeinheiten

wenn vorhanden bitte Vorbefunde mitgeben

Bemerkungen / Sonstiges

Datum: _____

Unterschrift des Kinderarztes/Stempel

Vielen Dank für Ihre Mühe

Ihr SPZ-Team