

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,

wie telefonisch besprochen, erhalten Sie hiermit unseren Fragebogen.

Haben wir diesen ausgefüllt erhalten, melden wir uns kurzfristig, für die Vereinbarung eines Vorstellungstermins.

Bitte bringen Sie zum Vorstellungstermin eine für das Quartal gültige Überweisung vom Kinderarzt oder Neurologen, die Krankenversicherungskarte, Kopien von Vorbefunden und Berichten, Liste der aktuellen Medikamente und Vorbehandlungen, ggf. Röntgen-, CT und Kernspinaufnahmen sowie Zeugnisse mit.

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,

Sie haben vor, Ihr Kind in unserer Kopfschmerzsprechstunde vorzustellen. Wir bitten Sie, uns zunächst den beigefügten Fragebogen und den Kopfschmerzkalender über 4-6 Wochen ausgefüllt zurückzusenden.

Wir melden uns dann für die Vereinbarung eines Vorstellungstermins. 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:		

2 Kopfschmerzfragebogen (Beantwortung durch das Kind, sofern möglich.)

2.1 Fühst Du einen Kopfschmerzkalender?

- Nein Ja, seit _____ Monaten/Jahren

2.2 Wie häufig sind die Kopfschmerzen? (x mal pro Jahr/Monat/Woche)

2.3 Wann traten die Kopfschmerzen zum ersten Mal auf? (Datum, Alter)

2.4 Wo sitzt der Schmerz?

- Schläfe Auge rechts/links Stirn Nacken ganzer Kopf

2.5 Welchen Charakter hat der Schmerz?

- pulsierend hämmernd dumpf drückend bohrend
- pochend stechend

Eigene Worte: _____

- Beginn: plötzlich langsam zunehmend

2.6 Welche Begleiterscheinungen treten bei den Kopfschmerzen auf?

- Übelkeit Erbrechen Lichtscheu Lärmempfindlichkeit
- Bauchschmerz Kribbeln Sehstörungen (Schleier/flimmern)

Sonstiges: _____

2.7 Wie lange dauern die einzelnen Kopfschmerzattacken?

2.8 Wann war die letzte Kopfschmerzphase?

2.9 Gibt es eine tageszeitliche Häufung der Kopfschmerzen, ein unterschiedliches Auftreten während der Schulzeit, an Wochenenden und in den Ferien?

- Nein Ja: _____

2.10 Ich wache nachts mit Kopfschmerzen auf: Nein Ja

2.11 Gibt es Vorboten für die Kopfschmerzen?

Nein Ja, welche _____

2.12 Gibt es Auslöser für die Kopfschmerzen? (z. B. Müdigkeit, Stress, Nahrungsmittel, Infekte)

Nein Ja, welche _____

2.13 Verstärken sich die Schmerzen durch Aktivität? (körperliche/geistige)

2.14 Bestehen Schlafprobleme?

Nein Ja, welche _____

2.15 Wie hoch ist die tägliche Trinkmenge? _____ Liter

2.16 Gibt es Einschränkungen in Schule oder Freizeit durch die Schmerzen?

Nein Ja, welche _____

2.17 Fehlzeiten – wie viel Tage in diesem oder letztem Jahr? _____

2.18 schlechte Schulleistungen: _____

2.19 Sind bisher Vorerkrankungen bekannt? (z. B. Sturz/Schlag, Epilepsie, Hirnhautentzündung)

2.20 Ließen sich bisher Störungen in der körperlichen oder geistigen Entwicklung erkennen?

2.21 Gibt es eine psychische Belastungssituation?

2.22 Gab es bereits einen Zeckenbiss?

Nein Ja, wann war das? _____

 Katholisches Karl-Leisner-Klinikum	Elternfragebogen	KKLK_PAE_All_FM
		2019

2.23 Was machst du selber, wenn du Kopfschmerzen bekommst?

2.24 Wurden andere Schritte unternommen, um eine Besserung der Schmerzen zu erreichen?

2.25 Wer in der Familie hat noch Kopfschmerzen? Welche Diagnose?

2.26 Traten in der Familie bereits Krampfanfälle oder andere Hirnerkrankungen auf?

3 Allgemeine Angaben

3.2 Bisherige medizinische Untersuchungen:

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

3.3 Hat ihr Kind Hilfsmittel?

- Brille Hörgerät Spezialrad Orthesen
 Rollstuhl Spezialbett Rollator Stehständer
 Sonstiges _____

3.4 Nimmt oder nahm ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Medikamentenanamnese:	Dosierung			
Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

3.5 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? _____



4 Kindergarten und Schulzeit

4.2 Besucht oder besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

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

4.2.1 Dauer der Betreuung

- Ganztags Vormittags

4.3 Hat Ihr Kind den Kindergarten gewechselt?

- Nein Ja, Wann/Warum? _____

4.4 Auffälligkeiten/Probleme im Kindergarten:

- Nein Ja im Spielverhalten, welcher Art _____
- Im Sozialverhalten, welcher Art _____

4.5 Besuchte Ihr Kind eine Vorschule(Schulkindergarten)?

- Nein Ja Wann: _____

4.6 Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?

- Nein Ja Wegen: _____

4.7 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? _____

4.7.1 Dauer der Betreuung?

- Ganztags Vormittags Besuch eines Horts von _____ Uhr bis _____ Uhr

4.8 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 _____



5 Freizeitaktivitäten

- Spielt vorzugweise im Haus Spielt vorzugsweise draußen
 TV/Video ____ Stunden/täglich PC oder ähnliches _____ Stunden/täglich.

5.1 Beschäftigt sich Ihr Kind überwiegend mit

- Mutter Vater Geschwistern Freunden Alleine

5.2 Kann sich Ihr Kind lange mit einer Sache beschäftigen?

- Nein Ja

5.3 Hat Ihr Kind Freunde?

- Nein Ja

5.4 Ist Ihr Kind Mitglied in Gruppen oder Vereinen?

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

5.5 Macht es Musik?

- Nein Ja Wenn ja, wo _____
Welches Instrument? _____
Wie oft in der Woche? _____ Mal

6 Erziehung

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

- Sehr gut Problemlos Meist ganz gut Gar nicht

Schwierigkeiten bestehen bei: _____

6.2 Wie ist die Wohnsituation für Sie und ihr Kind?

- Gut Zufriedenstellend Schlecht

Eigenes Kinderzimmer? Ja Nein

6.3 Genügend Platz zum Spielen?

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

6.4 Gibt es in der Familie Haustiere?

- Nein Ja Welche? _____

7 Familiensituation

7.1 Ist Ihr Kind

- ein leibliches Kind?
 ein Adoptivkind?
 ein Pflegekind?

7.2 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

7.3 Familienstand der Eltern

- Ledig
 Verwitwet seit _____
 Verheiratet seit _____
 Zusammenlebend seit _____
 Getrennt seit _____
 Geschieden seit _____
 Sonstiges _____

7.4 Sind die Eltern miteinander verwandt?

- ja nein

8 Wir bitten zusätzlich um einige Angaben zur Person der Eltern.

8.1 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

8.2 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.

8.3 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

8.4 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

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

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Mutter

Vater

Sonstige

Jugendliche ab 14 J.