

Liebe Eltern, mit dem Ausfüllen des Fragebogens helfen Sie uns, die Betreuung Ihres Kindes gut vorbereiten zu können!

Bogen bitte gut leserlich ausfüllen

Patient/in		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Familiennamen:		PLZ/Wohnort:	
Vorname:		Straße:	
Geburtsdatum:			
Mutter			
Familiennamen:		Erlerner Beruf:	
Vorname:		Ausgeübter Beruf:	
Geburtsdatum:		<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit
Adresse: (falls abweichend vom Patienten)			
PLZ/Ort:		Straße:	
Telefon:		Handy:	
E-Mail:			
Vater			
Familiennamen:		Erlerner Beruf:	
Vorname:		Ausgeübter Beruf:	
Geburtsdatum:		<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit
Adresse: (falls abweichend vom Patienten)			
PLZ/Ort:		Straße:	
Telefon:		Handy:	
E-Mail:			
Falls der/die Patient/in von anderen Personen (mit-)erzogen wird:			
<input type="checkbox"/> Stiefvater/Lebensgefährte der Mutter	<input type="checkbox"/> Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> Heim/Wohngruppe
<input type="checkbox"/> Stiefmutter/Lebensgefährtin des Vaters	<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Andere _____	
Familiennamen oder Name der Institution: _____			
Adresse: (falls abweichend vom Patienten)			
PLZ/Ort:		Straße:	
Telefon:		Handy:	
E-Mail:			
Sorgeberechtigte/r.: _____			
Geschwister/Halbgeschwister des/der Patient/in			
Vor- und Nachname	Geschlecht	Geburtsjahr	Erkrankungen
-----	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	_____
-----	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	_____
-----	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	_____
-----	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	_____
-----	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	_____

Krankenversicherung:

Name und Anschrift der Krankenkasse: _____

Hauptversicherter: _____

Geburtsdatum des Hauptversicherten: _____

Überweisender Kinderarzt:

Wer hat uns empfohlen?

Warum wollen Sie Ihr Kind im SPZ Deggendorf zur Untersuchung anmelden?

Falls Ihr Kind Störungen bzw. Auffälligkeiten aufweist, wann haben Sie diese zum ersten Mal wahrgenommen?

Im Alter von: _____

Welche Hilfe erwarten Sie sich von uns?

Schwangerschaft/Geburt:

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) wurde Ihr Kind geboren? In der ____ SSW. Geburtsgewicht _____

Gab es während der Schwangerschaft Komplikationen? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Gab es unmittelbar nach der Geburt Komplikationen? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Entwicklung

Sie sind diejenigen, die Ihr Kind am besten kennen. Daher können Ihre Antworten auf die folgenden Fragen für uns eine wesentliche Hilfe bei den Untersuchungen sein. Bitte machen Sie ein Kreuz bei der Antwort, die am ehesten Ihre Meinung über Ihr Kind widerspiegelt und Ihrer Einschätzung nach am besten trifft.

Wie schätzen Sie den Entwicklungsstand Ihres Kindes in den folgenden Bereichen ein?

Bewegungstüchtigkeit (z. B. Geschicklichkeit beim Laufen, Klettern, Schwimmen, Fahrradfahren)

Überdurchschnittlich Altersgemäß Unterdurchschnittlich

Handgeschicklichkeit (z. B. Malen, Spielen, Bauen mit Bausteinen, Puzzle legen)

Überdurchschnittlich Altersgemäß Unterdurchschnittlich

Sprache (z. B. Wortschatz, Nachsprechen, Ereignisse darstellen, Sprechen in vollständigen Sätzen)

Überdurchschnittlich Altersgemäß Unterdurchschnittlich

Selbständigkeit (z. B. An- und Ausziehen, Essen, Waschen, Ausführen kleinerer Aufträge)

Überdurchschnittlich Altersgemäß Unterdurchschnittlich

Anmerkungen: _____

Ist Ihr Kind:

Rechtshänder

Linkshänder

Nicht eindeutig

Kindergarten:

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten oder hat es einen besucht Nein Ja

Wenn ja, welchen? _____

Schule:

Besucht Ihr Kind eine Schule? Nein Ja

Wenn ja, welche Schule? _____ Welche Klasse? _____

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt? _____

In welchen Fächern ist er/sie besonders gut? _____

In welchen Fächern ist er/sie besonders schlecht? _____

Hat Ihr Kind bereits eine Klasse wiederholt? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Erfolgte bereits ein Schul- oder Klassenwechsel? Nein, ja

Wenn ja, aus welchem Grund? _____

Bekommt Ihr Kind Förderunterricht? _____

Wurde Ihr Kind bereits vom Schulpsychologen gesehen? _____

Zeigt Ihr Kind auffällige Verhaltensweisen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Übermäßige Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> Starker Trotz | <input type="checkbox"/> Starke motorische Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

Krankheiten/Behinderung des Kindes

Nennen Sie bitte wichtige Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Krankenhausaufenthalte Ihres Kindes!

Jahr	Erkrankung	Stationärer Aufenthalt? Wo?	
_____	_____	<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	<input type="checkbox"/> Ja: _____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Wenn ja: Welche? _____

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis? Nein Ja

Erhält Ihr Kind Pflegegeld? Nein Ja Pflegestufe: _____

Krankheiten/Behinderungen/psychische Probleme in der Familie

Gibt es Krankheiten/Behinderungen/psychische Probleme bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern?

Nein Ja

Wenn ja: Bei wem?

Welche Erkrankung?

Frühere Kontakte zum SPZ Deggendorf oder zur Kinderklinik Deggendorf?

War Ihr Kind früher bereits in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum? Nein Ja

War Ihr Kind früher bereits in der Kinderklinik Deggendorf Nein Ja

Wenn ja: stationär zuletzt im Jahr _____
 ambulant zuletzt im Jahr _____

Geschwister im SPZ

Wurde(n) ein oder mehrere Geschwisterkind(er) schon einmal im SPZ Deggendorf untersucht?

Nein Ja

Wenn ja: Name _____ geb. am: _____
Name _____ geb. am: _____
Name _____ geb. am: _____
Name _____ geb. am: _____
Name _____ geb. am: _____

Frühere Untersuchungen oder Behandlungen in anderen Einrichtungen

Wurde Ihr Kind aus dem gleichen Grund, der Sie jetzt ins SPZ Deggendorf führt, schon anderswo untersucht oder behandelt? Nein Ja

Wenn ja: Nennen Sie bitte möglichst alle Kliniken und Ärzte mit Adresse!

Name und Adresse der Klinik, des Arztes	Zeitraum der Behandlung
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wurde oder wird Ihr Kind beim Kinder- und Jugendpsychiater behandelt? Nein Ja

Wenn ja: bei wem? _____ Zeitraum: _____

Bekommt/bekam Ihr Kind:

Frühförderung: Nein Ja Zeitraum: _____ Wo: _____

Ergotherapie: Nein Ja Zeitraum: _____ Praxis: _____

Physiotherapie: Nein Ja Zeitraum: _____ Praxis: _____

Logopädie: Nein Ja Zeitraum: _____ Praxis: _____

Erziehungsberatung: Nein Ja Zeitraum: _____ Wo: _____

Sonstiges: _____

Raum für ergänzende Angaben

Vielen Dank für Ihre Mühe!