
Kinder- und Jugendklinik

Sitz: E.-Heydemann-Str. 8, 18057 Rostock

**Sozialpädiatrisches Zentrum
Rostock**



Ärztliche Leiterin
Dr. med. Heike Haase
Ernst-Heydemann-Straße 8
18057 Rostock
Tel.: 0381-494 7230
FAX: 0381-494 7231
Email: spz@med.uni-rostock.de

Fragebogen an die Eltern

Angaben zu ihrem Kind

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Angaben zu den Eltern

Name der Mutter _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Name des Vaters _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Anschrift _____

Telefon _____

Handy _____

E-Mail _____

Angaben zur Krankenkasse

Krankenkasse _____

Hauptversicherter _____

Anschrift _____

Angaben zum Kinderarzt

Kinderarzt _____

Telefon _____

Anschrift _____

Grund der Vorstellung ihres Kindes im SPZ

- Was macht Ihnen Sorgen?

- Wann begannen die Probleme?

- Was soll sich ändern?

War Ihr Kind bereits bei anderen Fachärzten vorstellig?

	Ja	Nein	Adresse
Augenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

HNO-Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Facharzt Kinder/ Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Weitere Fachärzte/ SPZ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Welche Fördermaßnahmen oder Therapien erhält Ihr Kind und von wem?

	Ja	Nein	Adresse
Physiotherapie (Krankengymnastik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteopathie/Manualtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Homöopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frühförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Erhalten Sie anderweitige Unterstützung?

Familienhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Familienpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Geburt des Kindes

- In welcher Klinik ist Ihr Kind geboren/ Geburtshaus/ Hausgeburt (genaue Anschrift)?

Vorausberechneter Geburtstermin, falls zu früh geboren: _____

Länge: _____, Gewicht: _____ bei der Geburt

- Gab es Komplikationen oder Besonderheiten bei der Geburt, wenn ja, welche?

- Gab es in der Neugeborenenzeit Probleme?

Bisherige Erkrankungen Ihres Kindes

- Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung, gab es Unfälle, Operationen oder schwere Erkrankungen?

Bisherige Entwicklung ihres Kindes

Bewegungsentwicklung

Krabbeln mit _____ Monaten

Freies Laufen mit _____ Monaten

Fahrradfahren _____ Jahren

Bei was erschien Ihnen Ihr Kind ungeschickt? _____

Sprachentwicklung

Erste Worte mit _____ Monaten

Zweiwortsätze mit _____ Monaten

Mehrwortsätze mit _____ Monaten

Wortschatz: kleiner als 20 Worte 20 – 50 Worte 50 – 200 Worte über 200 Worte

Muttersprache: _____

Kann ein Fremder Ihr Kind verstehen? ja nein, weil _____

Sauberkeit

Tagsüber sauber mit _____ Jahren Nachts sauber mit _____ Jahren

Nässt Ihr Kind wieder ein, nachdem es trocken war? ja nein

Kotet Ihr Kind wieder ein, nachdem es trocken war? ja nein

Neigt Ihr Kind zur Verstopfung? ja nein

Schlaf

Wann legen Sie Ihr Kind abends ins Bett? _____ Uhr

Wann schläft Ihr Kind ein? _____ Uhr

Wie oft wacht Ihr Kind nachts auf? _____

Wo schläft Ihr Kind? im eigenen Bett im eigenen Zimmer mit Eltern mit Geschwistern

Kindergarten

Besucht(e) Ihr Kind einen Kindergarten oder wird/ wurde es anderweitig betreut?

Anschrift der Einrichtung:

Gibt/gab es dort Probleme?

Schule

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt? ja nein

Wann wurde Ihr Kind eingeschult? _____(Jahr)

Schulwechsel _____mal, in den Klassen: _____

Jetzt besucht Ihr Kind die _____Klasse

Schule: _____ in: _____

Schulart? _____

Die Leistungen sind nicht so gut in: _____

Bekommt Ihr Kind Förderunterricht/Nachhilfe? _____

Freunde/Spielen

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne? _____

Wie lange spielt es diese Spiele am Stück? _____ min

Spielt Ihr Kind gerne mit anderen alleine beides

Gibt es sonstige Probleme, die nicht angesprochen wurden?

Familienstand der Eltern

- verheiratet zusammen lebend geschieden
 getrennt lebend allein erziehend wieder verheiratet

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater Institution _____

Das Kind lebt mit: Eltern Mutter Vater Pflegeeltern Heim
 Großeltern Stiefmutter Stiefvater neuem Partner/ Partnerin

Das Kind ist das: leibliche Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind

Geschwisterkinder

	Vorname	Geburtsdatum	Auffälligkeiten
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____

Schweigepflichtserklärung und Einwilligung

Der Vorstellung meines Kindes im SPZ Rostock stimme ich zu¹. Durch meine nachstehende Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die aus diagnostischen/ therapeutischen Gründen erforderlichen Unterlagen zur weiteren Behandlung dem SPZ zugesandt werden können. Mir ist bekannt, dass ich die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____ Datum _____ Mutter _____ Vater _____ ggf. Vormund

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen umgehend an das SPZ Rostock zurückzusenden.

Damit haben wir die Möglichkeit uns speziell auf Ihre Fragen vorzubereiten.

Wir danken für Ihre Unterstützung

Ihr SPZ-Team

¹ Die Vorstellung eines Kindes im SPZ bedarf insbesondere bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht der schriftlichen Einwilligung beider sorgeberechtigten Elternteile. Eine SPZ- Vorstellung entspricht im juristischen Sinne einer so genannten ‚Angelegenheit von erheblicher Bedeutung‘. Erst wenn die Einwilligung beider sorgeberechtigten Elternteile vorliegt, können wir einen Termin vergeben.