
**Klinik und Poliklinik
Kinder- und Jugendmedizin**
Ernst-Heydemann-Straße 8
18055 Rostock

Direktionssekretariat:
Lisette Romeiks / Leonie Klinghardt
☎ +49 381 494-7001/7003
☎ +49 381 494-7002
@ ukj-sekretariat@med.uni-rostock.de

**Sozialpädiatrisches Zentrum
Rostock**



**Leitung Sozialpädiatrisches
Zentrum**
Dr. med. Barbara Wichmann
Prof. Dr. med. M. Kölich

Ärztinnen
Dr. med. Gudrun-E. Krause
Dr. med. Barbara Wichmann

☎ +49 381 494-7230
☎ +49 381 494-7231
@ **SPZ@med.uni-rostock.de**

Fragebogen an die Eltern

Liebe Eltern,

zur Anmeldung Ihres Kindes benötigen wir nachfolgende Informationen.
Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen
Schweigepflicht.
Sollte Ihnen das Beantworten der Fragen schwerfallen, kann Ihnen ggf. der Kinderarzt/die
Kinderärztin helfen.

Der vollständig ausgefüllte Fragebogen muss von allen Sorgeberechtigten
unterzeichnet und an uns zurückgeschickt werden.

Zur Vorstellung bringen Sie bitte einen Überweisungsschein, Ihre Versichertenkarte, das
gelbe Untersuchungsheft sowie Vorbefunde/Berichte mit.

Angaben zu ihrem Kind

Name

Vorname

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsdatum

Nationalität

Angaben zu den Eltern

Name der Mutter

Geburtsdatum

Nationalität

Name des Vaters

Geburtsdatum

Nationalität

Anschrift

Telefon _____

Handy _____

E-Mail _____

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

Abweichende Wohnadresse: _____

Das Kind ist das: ☐ leibliche Kind ☐ Stiefkind ☐ Adoptivkind ☐ Pflegekind

Geschwisterkinder

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

Besteht Kontakt zum Jugendamt? ☐ Nein ☐ Ja, Ansprechpartner: _____

Angaben zur Krankenkasse

Krankenkasse _____

Hauptversicherter _____

Anschrift _____

Angaben zum Kinderarzt

Kinderarzt _____

Telefon _____

Anschrift _____

Bitte legen Sie den Fragebogen Ihrem Kinderarzt/in vor!

Ist ihr Kinderarzt/in einverstanden mit der Vorstellung im SPZ?

☐ Ja

☐ Nein

Besteht Anbindung an ein/e Kinder- und Jugendpsychiater/in

☐ Ja

☐ Nein

Stempel Ihres Kinderarztes/in:

Auszufüllen vom Kinderarzt/in: Vorstellungsgrund/Fragestellung?

Was macht Ihnen Sorgen und weshalb kommt das Kind zu uns?

Welche Hilfen erwarten Sie durch uns?

Gibt es besondere Fragestellungen weiterer behandelnder Ärzt/innen, Therapeut/innen oder betreuenden Einrichtungen? Legen Sie ggf. Befunde/Berichte bei!

Grund der Vorstellung Ihres Kindes im SPZ

Was macht Ihnen Sorgen? Beschreiben Sie bitte auftretende Schwierigkeiten mit Ihren eigenen Worten!

Wann begannen die Probleme?

Was erwarten Sie vom SPZ?

Liegen bereits relevante Voruntersuchungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen oder Diagnosen vor?

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Nimmt ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein?

Name	Dosierung (z.B. 3x am Tag 100 mg)
1.	
2.	
3.	

War Ihr Kind bereits bei zusätzlichen Fachärzten vorstellig?

	Ja	Nein	Adresse
Augenarzt	☐	☐	
HNO-Arzt	☐	☐	
Facharzt Kinder/ Jugendpsychiatrie	☐	☐	
Weitere Fachärzte/ SPZ:	☐	☐	

Welche Fördermaßnahmen oder Therapien erhält Ihr Kind bereits und wo?

	Ja	Nein	Adresse
Physiotherapie (Krankengymnastik)	☐	☐	_____
Ergotherapie	☐	☐	_____
Logopädie	☐	☐	_____
Osteopathie/Manualtherapie	☐	☐	_____
Psychotherapie	☐	☐	_____
Frühförderung	☐	☐	_____
Sonstiges	☐	☐	_____

Erhalten Sie anderweitige Unterstützung?

Familienhilfe	☐	☐	_____
Familienpflege	☐	☐	_____
Pflegedienst	☐	☐	_____
Gesetzlicher Betreuer	☐	☐	_____

Anerkennung der Pflegebedürftigkeit oder eines Schwerbeschädigtenstatus

Besitzt Ihr Kind einen Schwerbeschädigtenausweis?

☐ Nein

☐ Ja, GdB: _____ Zusatzzeichen: _____

Wurde ein Pflegegrad beantragt oder bewilligt?

☐ Nein

☐ Ja, welcher? _____

Persönliche Angaben und Entwicklungsgeschichte

Schwangerschaft und Geburt des Kindes

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

- ☐ Nein
☐ Ja, welche?

Mussten Sie Medikamente einnehmen?

- ☐ Nein
☐ Ja, welche?

Haben Sie geraucht?

- ☐ Nein
☐ Ja, wieviel?

Haben Sie Alkohol getrunken?

- ☐ Nein
☐ Ja, wieviel?

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

Vorausberechneter Geburtstermin, falls zu früh geboren: _____

Länge: _____, Gewicht: _____ Kopfumfang: _____ bei der Geburt

Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet? ____ / ____ / ____

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

Gab es in der Neugeborenenzeit Probleme?

Bisherige Entwicklung Ihres Kindes

Motorische Entwicklung

Krabbeln mit _____ Monaten

Freies Laufen mit _____ Monaten

Fahrradfahren _____ Jahren

Gab oder gibt es motorische Auffälligkeiten?

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

Sprachentwicklung

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

Welche Sprache/n spricht Ihr Kind? _____

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

Gab oder gibt es sprachliche Auffälligkeiten?

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

Sehen/Hören

Wurde die **Hörfähigkeit** Ihres Kindes überprüft?

☐ Nein

☐ Ja, wann und wo?:

Wurde die **Sehfähigkeit** Ihres Kindes überprüft?

☐ Nein

☐ Ja, wann und wo?:

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 sauber war? ☐ ja ☐ nein

Neigt Ihr Kind zur Verstopfung? ☐ ja ☐ nein

Schlaf

Wie gestalten sich das **Schlafen** Ihres Kindes?

☐ unauffällig

☐ auffällig, weil:

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

Essen

Wie gestalten sich die **Ernährungsgewohnheiten bzw. Ess- und Trinkverhalten** Ihres Kindes?

☐ unauffällig

☐ auffällig, weil:

Freunde/Spielen

Mit welchem Spielzeug spielt Ihr Kind gerne? _____

Wie lange spielt es mit einem Spielzeug am Stück? _____ min

Spielt Ihr Kind gerne

☐ mit anderen

☐ alleine

☐ beides

Welche Stärken bzw. besondere Fähigkeiten hat Ihr Kind?

Medien

Wie viele Stunden pro Tag schaut ihr Kind Fernsehen/Streaming/Videos (auch Handy, Tablet etc.)? _____

Werden zusätzlich Computer-/Konsolenspiele oder Ähnliches gespielt?

☐ Nein

☐ Ja, wie lange:

Haben Sie Sorgen wegen des Umgangs Ihres Kindes mit Handy/Medien?

☐ Nein

☐ Ja, warum genau?:

Gibt es andere Themen, die nicht angesprochen wurden?

Betreuung

Ihr Kind wird betreut:

☐ ausschließlich zu Hause	☐ und/oder durch nahe Bezugspersonen; welche?
☐ Krippe, Kindergarten oder Kindertagesstätte	Name der Einrichtung: Wie lange/an wie vielen Tagen pro Woche? Gibt/gab es dort Probleme?
☐ Schule (*Bitte legen Sie Zeugnisse oder eine Schriftprobe des Kindes in Kopie bei!)	Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt? ☐ Ja ☐ Nein Einschulung erfolgt (Jahr): _____ Name: Schulart: Klassenstufe: In welchem Fach ist Ihr Kind gut? In welchem Fach hat Ihr Kind noch Probleme? Sind Sie mit den Schulleistungen zufrieden? ☐ Ja ☐ Nein Macht Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig? ☐ Ja ☐ Nein Gibt es oft Streit mit Mitschüler/innen? ☐ Ja ☐ Nein

Schweigepflichterklärung 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.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr SPZ-Team

¹ Die Vorstellung eines Kindes im SPZ bedarf insbesondere bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem 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.