

**Klinik und Poliklinik
Kinder- und Jugendmedizin**
Ernst-Heydemann-Straße 8
18057 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 im SPZ benötigen wir diesen ausgefüllten Fragebogen.

Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte Ihnen das Beantworten der Fragen schwerfallen, kann Ihnen ggf. eine unterstützende Person helfen.

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

Seite 8 legen Sie bitte Ihrem Kinder-/Hausarzt vor!

1. Persönliche Angaben

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

männlich

weiblich

Angaben zu den Eltern

Name der Mutter _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Name des Vaters _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Wie können wir Sie erreichen?

Telefon/Handy _____

E-Mail _____

Wohnanschrift des Kindes _____

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 Wohngruppe
 Großeltern Stiefmutter/-vater neuem Partner/ Partnerin

Ggf. zusätzliche 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 gesetzlich versichert privat versichert

Krankenkasse _____

Angaben zum Kinderarzt/Hausarzt

Praxis _____

2. Anamnese

Beschreiben Sie bitte vorhandene Schwierigkeiten ausführlich mit Ihren eigenen Worten!

Können Sie sagen, wann die Probleme begannen?

Liegt eine bekannte Grunderkrankung/Behinderung/Syndrom vor?

Wie ist Ihre Fragestellung an uns? Wo können wir Sie unterstützen?

Ist Ihr Kind bereits bei einem Kinder- und Jugendpsychiater angebunden?

Nein Ja, wo? _____

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	Praxis/Adresse
Augenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
HNO-Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Weitere Fachärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____
Anderes SPZ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____

Welche Fördermaßnahmen oder Therapien erhält oder erhielt Ihr Kind bereits und wo?

	Ja	Nein	Praxis/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"/>	_____
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frühförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Integrationshilfe (Kita/Schule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Gibt es eine andere zusätzliche Unterstützung in der Familie?

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

Anerkennung der Pflegebedürftigkeit oder eines Schwerbeschädigtenstatus

Besitzt Ihr Kind einen Schwerbeschädigtenausweis?

Nein

Ja, GdB: _____ Zusatzzeichen: _____

Wurde ein Pflegegrad beantragt oder bewilligt?

Nein

Ja, welcher? _____

3. 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 und Interessen hat Ihr Kind?

Medien

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Fernsehen, Handy, Tablet etc.?

unter 30 min

unter 1 Stunde

ca. 1-2 Stunden

mehr als 2 Stunden

Haben Sie Sorgen wegen des Umgangs Ihres Kindes mit Medien?

Nein

Ja, warum genau?: _____

Gibt es Themen, die bisher nicht erfragt wurden?

4. Betreuung

Wie wird Ihr Kind aktuell betreut?

ausschließlich zu Hause - durch welche Bezugsperson? _____

Krippe oder Kindergarten

Name der Einrichtung + Adresse:

Findet eine Förderung statt? Nein Ja, welche? _____

Gibt/gab es dort Probleme?

Schule (***Bitte legen Sie das letzte Zeugnis in Kopie bei!**)

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt? Ja Nein

Einschulung erfolgt (Jahr): _____ aktuelle Klassenstufe: _____

Name der Schule + Adresse:

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

Wurde bereits eine Diagnostik durch das Schulamt durchgeführt? Ja Nein

(*Falls ja, dann legen Sie bitte die Ergebnisse bei)

Bitte lassen Sie die Einwilligung von allen Sorgeberechtigten unterschrieben. Erst mit allen erforderlichen Unterschriften können wir einen Termin vergeben!

Schweigepflichterklärung und Einwilligung

Der Vorstellung meines Kindes im SPZ Rostock stimme ich zu. 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.

Ort, Datum	Mutter	Vater	ggf. Vormund
------------	--------	-------	--------------

Bitte lassen Sie die nachfolgende Seite von Ihrem Kinder- oder Hausarzt ausfüllen!

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr SPZ-Team

5. Bitte legen Sie diese Seite des Fragebogens Ihrem Kinder- oder Hausarzt vor!

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Stempel und Unterschrift vom Kinder- oder Hausarzt:

Alle Fragen bitte vom Kinder- oder Hausarzt/in ausfüllen lassen!

Was ist der Vorstellungsgrund? Gibt es eine spezielle Fragestellung an uns?

Welche Maßnahmen erwarten Sie durch uns?

Liegt eine Sprachbarriere bei der Familie vor?

- Nein
- Ja, Muttersprache: _____
- Sprachmittlung wird benötigt

Wir bedanken uns bei Ihnen und verbleiben mit freundlichen Grüßen!

Ihr SPZ-Team