Fragebogen zur Erstvorstellung im SPZ Suhl

Bitte füllen Sie den Fragebogen **möglichst vollständig** aus und senden ihn an uns zurück per Post an:

SRH Zentralklinikum Suhl
Sozialpädiatrisches Zentrum
Albert-Schweitzer-Str. 2, 98527 Suhl

oder per Mail an: lisa.achtzehn@srh.de

Bitte legen Sie den Fragebogen dem/der überweisenden **Arzt/ Ärztin** vor. Ohne dessen/deren Zustimmung ist eine Bearbeitung des Fragebogens nicht möglich!

	Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen
Angaben zu Ihrem Kind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Adresse: Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Staatsangehörigkeit	
Wer hat das Sorgerecht?	☐ gemeinsam ☐ Mutter ☐ Vater ☐Institution: ☐ Sonstige: Sofern das Kind an einem anderen Wohnort lebt, bitten wir Sie, an dieser Stelle die Adresse der sorgeberechtigten Person/ Institution einzutragen:
Telefon-/ Handynummer	
E-Mail-Adresse	

Überweisende/r Kinderarzt/ -ärztin	
Wie ist Ihr Kind krankenversichert? Name der Krankenkasse	☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Selbstzahler _____
Angaben zur Familie	
Name der Mutter Geburtsname Geburtsdatum Schulabschluss aktueller Beruf	_____ _____ _____ _____ _____
Name des Vaters Geburtsname Geburtsdatum Schulabschluss aktueller Beruf	_____ _____ _____ _____ _____
Sind die Eltern blutsverwandt?	☐ ja, wie: ☐ nein

Hat Ihr Kind Geschwister? (bitte kreuzen Sie die Beziehung zu den Elternteilen an)

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Geschwister:	Halbgeschwister gleiche Mutter	Halbgeschwister gleicher Vater
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐

Wurde bereits ein Geschwisterkind in unserem Zentrum vorgestellt?	☐ ja, Name des Geschwisterkindes:	☐ nein
Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie?	☐ ja, welche?	☐ nein
Gab es in der Familie Fehl- oder Totgeburten?	☐ ja ☐ mehrere im _____ Schwangerschaftsmonat	☐ nein
Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen?	von der Mutter: vom Vater: von anderen:	
Wie ist der Familienstand der Eltern?	☐ verheiratet seit: ☐ zusammenlebend ☐ getrennt lebend seit: ☐ geschieden seit: ☐ alleinerziehend ☐ verwitwet ☐ wieder verheiratet seit:	
Das Kind lebt bei/ in	☐ beiden Eltern ☐ einem Elternteil, Name: ☐ einer Pflegefamilie, seit: ☐ einer Einrichtung, Name und Adresse:	

Wichtige Informationen

Was ist der Vorstellungsgrund? Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind?

☐ Frühgeburtlichkeit
☐ CP
☐ Anfallsleiden
☐ Autismus
☐ AD(H)S
☐ Entwicklungsverzögerung
(☐ motorisch/ ☐ sprachlich/ ☐ kombiniert)

☐ andere Gründe: _____

_____

_____

Gibt es besondere Fragestellungen behandelnder Ärzt/innen, Therapeut/innen oder betreuender Einrichtungen (z.B. Schule, Kindergärten)? Bitte fragen Sie nach!

_____

_____

_____

_____

Welche Hilfen erwarten Sie?

☐ Diagnostik
☐ Therapie (Medikamente, Hilfsmittelversorgung…)
☐ Beratung
☐ Sonstiges: _____

_____

Angaben zur Vorgeschichte Ihres Kindes		
Schwangerschaft und Geburt		
Komplikationen bei der Schwangerschaft	☐ Infektionen ☐ seelische Belastungen ☐ Blutungen ☐ vorzeitige Wehen ☐ übermäßige Übelkeit ☐ Medikamente ☐ Rauchen ☐ Alkoholkonsum ☐ Drogen ☐ Sonstiges:	☐ nein
Geburt	_____. Schwangerschaftswoche	
Wo erfolgte die Geburt?	☐ Krankenhaus, welches? ☐ zu Hause ☐ Geburtshaus	☐ nein
Gab es Besonderheiten bei der Geburt?	☐ Mehrlingsgeburt ☐ Kaiserschnitt ☐ grünes Fruchtwasser ☐ Beckenendlage ☐ Störungen der kindlichen Herztöne ☐ Saugglocke ☐ besodners lange Geburt ☐ Sonstiges:	☐ nein
Welche APGAR – Werte sind im Untersuchungsheft angegeben?	_____ / _____/ _____ pH-Wert (Nabelaterie):	
Wie waren die Maße Ihres Kindes bei der Geburt?	Größe: cm Gewicht: g Kopfumfang: cm	

Angaben zur Neugeborenenzeit (bis 4 Wochen)		
Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt?	☐ ja, in: Dauer des Aufenthalts?	☐ nein
Musste Ihr Kind beatmet werden?	☐ ja	☐ nein
Gab es in den ersten Lebenswochen Trink-/ Saugprobleme?	☐ ja, welche:	☐ nein
Gab es andere Auffälligkeiten in den ersten Lebenswochen?	☐ auffallende Bewegungsarmut ☐ auffallende Unruhe ☐ häufiges Spucken ☐ Krampfanfälle ☐ Schreckhaftigkeit ☐ häufiges Schreien ☐ Schlafprobleme ☐ Trinkschwäche ☐ Sonstiges:	☐ nein

Wie verlief die Entwicklung?			
Umdrehen von Rückenlage in Bauchlage	Monate	Krabbeln	Monate
selbstständiges Hinsetzen	Monate	selbstständiges Gehen	Monate
erste 2 bis 3 sinnvolle Worte	Monate	erste Zwei- bis Dreiwortsätze	Monate
tagsüber trocken	Monate	nachts trocken	Monate

Besucht/e Ihr Kind einen Kindergarten oder Krippe? (bitte den Kindergartenbericht falls vorhanden beifügen)	☐ ja, vom _____ bis _____ Lebensjahr	☐ nein
Welche Einrichtung?	☐ Regelkindergarten ☐ Integrationskindergarten ☐ Schulvorbereitende Einrichtung/ Förderkindergarten ☐ Tagesmutter	

Gab/ gibt es dort Probleme?	☐ ja, weil _____ ☐ nein

Schule		
Einschulungsjahr? Wurde Ihr Kind vor der Einschulung zurückgestellt?	_____ ☐ ja, weil _____	☐ nein
Welche Schule besucht Ihr Kind?		
Welche Klasse besucht Ihr Kind?		
Welche Stärken hat Ihr Kind?		
Welche Schwächen/ Probleme hat Ihr Kind?		
Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule?	☐ ja, welche:	☐ nein
Gibt es Verhaltensprobleme zu Hause?	☐ ja, welche:	☐ nein
Gibt es belastende Lebensereignisse?	☐ ja, welche:	☐ nein
Gibt es Themen, die nicht im Beisein des Kindes/Jugendlichen besprochen werden sollen?	wenn ja, bitte kurz beschreiben:	
Medienkonsum am Tag	☐ 0 bis 1 Stunde ☐ 1 bis 3 Stunden ☐ 3 bis 5 Stunden ☐ mehr als 5 Stunden	

Krankheiten Ihres Kindes		
Gab es Operationen, Unfälle?	☐ ja, welche und in welchem Alter?	☐ nein
Falls bei Ihrem Kind chronische Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen:		
Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten an anderer Stelle bereits untersucht?	☐ ja, wann, wo?	☐ nein
Welche Untersuchungen haben dort stattgefunden?		
Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?		
Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes bei einem Augenarzt getestet?	☐ ja, wann, wo? Gibt es einen auffälligen Befund? ☐ ja, welchen?	☐ nein ☐ nein
Wurde die Hörfähigkeit Ihres Kindes bei einem HNO-Arzt getestet?	☐ ja, wann, wo? Gibt es einen auffälligen Befund? ☐ ja, welchen?	☐ nein ☐ nein
Wurde der Zahnstatus/ das Gebiss bei einem Zahnarzt/ Kieferorthopäden untersucht?	☐ ja, wann, wo? Sind Sie dort in Behandlung, gibt es einen auffälligen Befund? ☐ ja, welchen?	☐ nein ☐ nein

Wurde Ihr Kind beim Orthopäden vorgestellt?	☐ ja, wann, wo? Gibt es einen auffälligen Befund? ☐ ja, welchen?	☐ nein ☐ nein
Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	☐ ja, welche?	☐ nein
Bekommt/ bekam Ihr Kind eine spezielle Förderung?	☐ Physiotherapie ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Pädagogische Frühforderung ☐ Psychotherapie ☐ Heilpädagogik ☐ Reittherapie ☐ Sonstiges:	☐ nein
Nutzt Ihr Kind Hilfsmittel?	☐ ja, welche?	☐ nein
Hat Ihr Kind epileptische Anfälle?	☐ ja, zuletzt am: Wie häufig? Wie lange? Wie äußern sich die Anfälle?	☐ nein

Gibt es bereits geplante Urlaubszeiten, in denen Sie keine Termine wahrnehmen können? Falls ja, bitte eintragen.

Hiermit melden wir unser Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum an:

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift beider Eltern oder Sorgeberechtigten

Bitte legen Sie den Fragebogen dem überweisenden Kinderarzt vor. Ohne dessen Zustimmung ist eine Beabeitung des Fragebogend nicht möglich!		
vom überweisenden Kinderarzt auszufüllen		
Stempel und Unterschrift des überweisenden Kinderarztes		
Fragestellung des überweisenden Kinderarztes		
Bei dem Kind besteht eine Besiedlung mit einem multiresistenten Erreger	☐ ja, welcher	☐ nein