

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM BAYREUTH

Ärztliche Leitung: Dr. med. S. Braig
Hohe Warte 8
Neues Therapiegebäude, 4. Stock
95445 Bayreuth

Tel.-Nr. 0921/400-3770
Fax 0921/400-883770
Email: spz@klinikum-bayreuth.de



Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte Ihres Kindes

Liebe Eltern,

im Folgenden haben wir einige Fragen zusammengestellt, die uns zum Kennenlernen Ihres Kindes und zu einer reibungslosen Organisation wichtig erscheinen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen soweit wie möglich aus und senden ihn per Post o. E-Mail an die o.g. Adresse. **Eine Terminvergabe erfolgt nur nach Eingang des Fragebogens.** Wir schätzen die Dringlichkeit ein. Ihnen wird anschließend ein Termin für die Erstvorstellung zugeschickt.

Sollte Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens Schwierigkeiten bereiten, ist Ihnen ggf. Ihr Kinderarzt behilflich. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Personalien des Kindes

Name, Vorname, Geburtsdatum

männlich

weiblich

Personalien Eltern:

Name, Geburtsdatum der Mutter: _____

Name, Geburtsdatum des Vaters: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

In welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert? _____

Name, Geburtsdatum des Hauptversicherten: _____

Kinderarzt: _____

Anschrift/Telefonnummer des überweisenden Arztes:

Bitte legen Sie den Fragebogen Ihrem Kinderarzt vor!

Ist Ihr Kinderarzt/in einverstanden mit der Vorstellung in unserem SPZ?

Ja Nein

Bitte fragen Sie vorab Ihren Kinderarzt/in, ob er/sie einen Überweisungsschein ausstellt, den Überweisungsschein (für das entsprechende Quartal) bringen Sie bitte erst zur Untersuchung mit.

Besteht eine Anbindung an eine Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Nein Ja, Welche?

Stempel Ihres Kinderarztes/in:

Auszufüllen vom Kinderarzt/in: Vorstellungsgrund/Fragestellung?

Fragen, auszufüllen von den Eltern

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

Welche Hilfen erwarten Sie von uns? Welche Erwartungen und Fragen haben Sie an uns?

Gibt es besondere Fragestellungen behandelnder Ärzte, Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (z.B. Schule, Kindergarten)? **Bitte fragen Sie nach und legen ggf. Berichte in Kopie bei!**

Wer hat Ihnen empfohlen zu uns zu kommen?

Welche Fördermaßnahmen und Therapien erhält Ihr Kind bereits, von wem?

Bitte fügen Sie entsprechende Berichte in Kopie bei!

Krankengymnastik: wo _____ seit: _____

Ergotherapie: wo _____ seit: _____

Logopädie: wo _____ seit: _____

Frühförderung: wo _____ seit: _____

Psychotherapie: wo _____ seit: _____

Heilpädagogik: wo _____ seit: _____

Sonderpädagogik: wo _____ seit: _____

Sonstige z.B. Sprachheilkindergarten, Körperbehindertenkindergarten o.ä:

Nimmt oder nahm Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Sind für ihr Kind bereits Hilfsmittel vorhanden, wenn ja welche? (z.B. Rollstuhl, Orthesen etc.)

Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

Nein Ja

GdB: _____ Zusatzmerkmale: _____

Wurde ein Pflegegrad bewilligt: Ja Nein Grad _____

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?

Nein

Ja, legen Sie bitte den Entlassungsbericht in Kopie bei!

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

Nein

Ja, Weshalb?

Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt? **Bitte legen Sie die entsprechenden Kopien bei!**

- Blutuntersuchung Hirnwasseruntersuchung / Lumbalpunktion
 MRT / Kernspin EEG / Hirnstrommessung
 Sonstiges _____

Hat(te) Ihr Kind epileptische Anfälle?

- Nein
 Ja; Zuletzt wann? _____ Wie lange? _____ Wie häufig? _____

Bisherige Entwicklung

Schwangerschaft und Geburt:

Erfolgte eine Behandlung wegen Unfruchtbarkeit?

- Nein
 ICSI
 IVF
 Andere _____

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

- Nein OP
 Blutungen OP
 Fieber Unfall
 Wachstumsstörungen beim Kind

Durchführung einer Fruchtwasseruntersuchung?

- Nein
 Ja; Ergebnis: _____

Nikotin?

- Nein Ja, Wieviel?

Alkohol?

- Nein Ja, Wieviel?

Medikamente?

- Nein
 Ja; welche? _____

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?

- Ja Nein; zu spät: wie viele Tage/ Wochen? ____
 Nein; zu früh: wie viele Tage/ Wochen? ____

Wo erfolgte die Geburt?
im Krankenhaus; welches? _____

- zu Hause Geburtshaus

Wie wurde Ihr Kind geboren?

Normal

Saugglocke

Kaiserschnitt

Zange

Gab es bei der Geburt Besonderheiten?

Nein

Ja; welche? _____

Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?

5 Minuten _____

10 Minuten _____

Ist der Na pH (Nabelarterien pH Wert) notiert? _____

Wie waren die Maße Ihres Kindes bei der Geburt?

Gewicht: _____ g Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Zur Neugeborenenzeit (ersten 4 Wochen nach der Geburt)

Musste Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt werden?

Nein

Ja; bitte legen Sie den Entlassungsbericht in Kopie bei!

Musste Ihr Kind beatmet werden?

Nein

Ja; wie lange? _____

Gab es sonstige besondere Krankheiten in den ersten Lebenswochen?

Nein

Ja; welche? _____

Gab es in den ersten Wochen Trinkprobleme?

Nein

Ja

Machte Ihnen in den ersten Lebenswochen sonst etwas Sorgen?

Nein

Krampfanfälle

auffallende Bewegungsarmut

Schreckhaftigkeit

auffallende Unruhe

häufiges Schreien

häufiges Spucken

Sonstiges _____

Entwicklung der Motorik

Erstes Lächeln bei Anblick eines Gesichts mit _____ Wochen

Greifen nach Gegenständen mit _____ Monaten

Drehen von Rücken- in Bauchlage mit _____ Monaten

Freies Sitzen mit _____ Monaten

Krabbeln mit _____ Monaten

Freies Laufen mit _____ Monaten

Fahrradfahren mit Stützrädern mit _____ Jahren

ohne Stützräder mit _____ Jahren

Bei was erschien Ihnen Ihr Kind ungeschickt?

Entwicklung der Sprache

Erste 2-3 sinnvolle Worte mit _____ Monaten

Zweiwortsätze mit _____ Monaten

Mehrwortsätze mit _____ Monaten

Wortschatz aktuell

kleiner als 20 Worte

50-200 Worte

15-20 Worte

über 200 Worte

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

Nein

Ja; welche Sprachen werden gelernt
und welches ist die hauptsächlich benutzte Sprache zu Hause? _____

Hören und Sehen

Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes von einem Augenarzt überprüft?

Nein

Ja; wann und was war auffällig? _____

Wurde die Hörfähigkeit von einem HNO-Arzt überprüft?

Nein

Ja; wann und was war auffällig? _____

Sauberkeit

Tagsüber sauber und trocken mit _____ Jahren; nachts sauber und trocken mit _____ Jahren

Nässt Ihr Kind wieder ein, nachdem es trocken war?

Nein

Ja

Kotet Ihr Kind wieder ein, nachdem es sauber war?

Nein

Ja

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?

Nein

Ja

Schlaf

Hält Ihr Kind einen Mittagsschlaf?

Nein

Ja; von _____ bis _____ Uhr

Wann legen Sie Ihr Kind abends ins Bett? _____ Uhr

Wann steht es morgens auf? _____ Uhr

Wann schläft Ihr Kind abends ein? _____ Uhr

Wie oft wacht Ihr Kind nachts auf? _____ mal

Wo schläft Ihr Kind?

Im eigenen Bett

Bei den Eltern

Im eigenen Zimmer

Mit Geschwister

Essen und Trinken (nach dem Säuglingsalter)

Kann Ihr Kind alleine Essen?

Nein

Ja

Isst Ihr Kind feste Kost?

Nein

Ja

Kann Ihr Kind alleine aus dem Becher Trinken?

Nein

Ja

Kenntnisse und Verhalten

Welche Stärken bzw. besonderen Fähigkeiten hat Ihr Kind?

Was fällt Ihnen bei Ihrem Kind auf?

Angst/ Unsicherheit seit _____ wo besonders: _____

Unruhe/ Ungeduld seit _____ wo besonders: _____

Aggressivität/ Wut seit _____ wo besonders: _____

Nichteinhalten von Regeln seit _____ wo besonders: _____

Unwillkürliche Bewegungen seit _____ wo besonders: _____

Wie bringt sich Ihr Kind in neue Situationen ein?

problemlos

gar nicht

zögerlich

Gibt es sonst etwas, was Sie beunruhigt?

Betreuungssituation

Ihr Kind besucht; von _____ bis _____ Uhr; an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Kindergarten _____ in _____

Krippe _____ in _____

Hort _____ in _____

Von wem wird Ihr Kind sonst betreut? _____

Gibt es dort Auffälligkeiten...

...im Arbeitsverhalten?

Nein

Ja; welche? _____

...im Sozialverhalten?

Nein

Ja; welche? _____

...im Sprachverhalten?

Nein

Ja; welche? _____

...in der Fein- oder Grobmotorik?

Nein

Ja; welche? _____

Schule

Klassenstufe _____ Schulart _____

Adresse: _____

In welchem Fach ist Ihr Kind gut? _____

In welchem Fach hat Ihr Kind Probleme? _____

Sind Sie mit den Schulleistungen zufrieden?

Ja

Nein

Macht Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig?

Ja

Nein; mit wem _____

Wie lange dauern die Hausaufgaben? _____

Gibt es oft Streit mit Mitschülern?

Ja

Nein

Bitte legen Sie Zeugnisse und eine Schriftprobe Ihres Kindes in Kopie bei!

Freunde/ Spielen

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne? _____

Wie lange spielt es dieses Spiel am Stück? _____

Spielt Ihr Kind gerne

mit anderen

alleine

beides

Wie viele Stunden pro Tag sieht Ihr Kind fern? _____

Werden zusätzlich Computer-/Konsolenspiele oder Ähnliches gespielt? Wenn ja, wie oft und wie lange?

Haben Sie Sorgen wg. des Umgangs Ihres Kindes mit Medien oder Handy? Wenn ja, welche

Gibt es sonstige Probleme, die nicht angesprochen werden?

Familiensituation

Familienstand der Eltern?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> getrennt lebend |
| <input type="checkbox"/> zusammenlebend | <input type="checkbox"/> alleinerziehend |
| <input type="checkbox"/> geschieden | <input type="checkbox"/> wieder verheiratet |

Wer hat das Sorgerecht?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> beide Elternteile | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mutter | |
| <input type="checkbox"/> Vater | |

Das Kind lebt mit?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Eltern | <input type="checkbox"/> Großeltern |
| <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Stiefmutter |
| <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Stiefvater |
| <input type="checkbox"/> Pflegeeltern | <input type="checkbox"/> neuem Partner/ in |
| <input type="checkbox"/> Heim | |

Das Kind ist das:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> leibliche Kind | <input type="checkbox"/> Adoptivkind |
| <input type="checkbox"/> Stiefkind | <input type="checkbox"/> Pflegekind |

Geschwisterkinder; Vorname; Geburtsdatum; Auffälligkeit:

Ist eines der Geschwisterkinder krank?

Hatte die Mutter Fehl-/ Totgeburten?

Sind Kinder verstorben?

- | | |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja; woran? _____ |
|-------------------------------|---|

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie?

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja; welche? _____ |
|-------------------------------|--|

Besteht Blutsverwandtschaft zwischen den Elternteilen (z.B. Cousin und Cousine)?

Nein

Ja

Herkunftsland der Eltern: _____

Muttersprache: _____

Seit wann lebt Ihr Kind in Deutschland? _____

Leibliche Mutter
Schulabschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Leiblicher Vater
Schulabschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Falls sich die Familiensituation für Ihr Kind geändert hat, bitten wir Sie um dieselben Angaben für die aktuell wichtigen Bezugspersonen (Lebensgefährten, Stiefeltern, Pflege- oder Adoptiveltern):

Ersatz- Mutter

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Nationalität: _____

Schulabschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Ersatz- Vater

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Nationalität: _____

Schulabschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Fragebogen ausgefüllt von:

Ort/ Datum: _____

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten (bei gemeinsamen Sorgerecht bitte beide Elternteile)

Vielen Dank!

Wir freuen uns auf Sie !