

## Fragebogen zur Erstanmeldung

### A. Personalien

Name, Vorname des Kindes		<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen		Geb.-Datum	Geburtsort /-land
Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort				dort wohnhaft seit	Landkreis Staatsang.
Name, Vorname der Mutter			Name, Vorname des Vaters		
Geb.-Datum Mutter	Geburtsort	Staatsang.	Geb.-Datum Vater	Geburtsort	Staatsang.
Straße, Haus-Nr.			Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Wohnort			PLZ, Wohnort		
Telefon mit Vorwahl			Telefon mit Vorwahl		
Anschrift des Kindergartens /der Schule/ der Tagesstätte					
Krankenversicherung über <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige:					
Anschrift der Krankenkasse und Versicherungsnummer					
Bei Pflegefamilien: Name und Anschrift der Pflegeeltern: _____					
Kostenträgerschaft besteht über das Jugendamt der Stadt, des Landkreises: _____					
<b>Folgende Angaben nur ausfüllen, wenn Sie Beamte/r sind!</b>					
Anspruch auf Beihilfe (Mutter) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Anspruch auf Beihilfe (Vater) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Zuständige Beihilfestelle, Anschrift			Zuständige Beihilfestelle, Anschrift		

**Wichtig: Bitte lassen Sie Ihren Kinderarzt/Hausarzt im nebenstehenden Feld mit seinem Stempel bestätigen, dass die Vorstellung Ihres Kindes im SPZ ärztlich erforderlich ist.**

**Vorstellungsgrund/Hinweise:**

---



---



---



---



---

## B. Vorstellungsgrund

Aufgrund welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie vor allem Hilfe?

---

---

---

---

---

---

Auf welchem Gebiet bestehen die Störungen bzw. die Auffälligkeiten?

Körperbeherrschung       Sprache       Geistige Entwicklung       Verhalten       Erziehung

Sonstiges: Hier ist Platz für nähere Beschreibungen: \_\_\_\_\_

---

---

Was wünschen Sie sich von uns? \_\_\_\_\_

---

---

Wurde Ihr Kind schon woanders untersucht und/oder behandelt? Wo?

---

---

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind bisher? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?       ja       nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?       nein       ja

Welche? \_\_\_\_\_

---

---

Welche Fördermaßnahmen oder Therapien erhält Ihr Kind und von wem (Name, Adresse, Zeitraum)?

Ergotherapie: \_\_\_\_\_

Logopädie: \_\_\_\_\_

Physiotherapie (Krankengymnastik): \_\_\_\_\_

Psychologische (oder andere) Beratungsdienste: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_



