

**Fragebogen zur Erstanmeldung (bitte alle Felder vollständig ausfüllen!)**

**A. Personalien**

Name, Vorname des Kindes		<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> divers		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			
Email-Adresse:							
Name und Anschrift des Kindergartens /der Schule/ der Tagesstätte							
Krankenversicherung über <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige: _____							
Name und Anschrift der Krankenkasse und Versicherungsnummer des Kindes							
<u>Bei Pflegefamilien:</u>							
Name und Anschrift/Tel. 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			

**MUSS VOM KINDERARZT AUSGEFÜLLT WERDEN!**

Bitte geben Sie zusammen mit dem Fragebogen alle vorliegenden Befunde in Kopie ab. Eine Terminvergabe erfolgt erst, wenn alle Unterlagen vorliegen.

Vorstellungsgrund/Hinweise:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

STEMPEL KINDERARZT

## B. Vorstellungsgrund

Handelt es sich um eine **Nachsorgeuntersuchung Frühgeborener**?  ja  nein

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ Gramm

Geburtsklinik  St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus Ludwigshafen

Ev. Diakonissenkrankenhaus Speyer

Klinikum Worms

**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: Für nähere Beschreibungen \_\_\_\_\_

---

---

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

---

---

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

SPZ \_\_\_\_\_  Offene Beratung am SPZ LU \_\_\_\_\_

Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis/KJP \_\_\_\_\_

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

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

**Hatte Ihr Kind epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?**  nein  ja

---

**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:** \_\_\_\_\_

### C. Bisherige Entwicklung

**Zu welchem Zeitpunkt konnten Sie erstmals (etwa) nachfolgende Fähigkeiten beobachten?**

Lächeln \_\_\_\_\_ Monaten  
 Greifen \_\_\_\_\_ Monaten  
 Drehen \_\_\_\_\_ Monaten  
 Krabbeln \_\_\_\_\_ Monaten  
 Freies Sitzen \_\_\_\_\_ Monaten

Freies Laufen \_\_\_\_\_ Monaten  
 Erste sinnvolle Worte \_\_\_\_\_ Monaten  
 2 – Wort – Sätze \_\_\_\_\_ Monaten  
 Sauber am Tag \_\_\_\_\_ Jahren  
 Sauber in der Nacht \_\_\_\_\_ Jahren

**Kindergarten** seit \_\_\_\_\_ Besuchszeiten von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

**Schule** \_\_\_\_\_ Klassenstufe \_\_\_\_\_

In welchem Fach ist Ihr Kind gut? \_\_\_\_\_

In welchem Fach hat Ihr Kind Probleme? \_\_\_\_\_

Wie lange dauern die Hausaufgaben? \_\_\_\_\_

**Welche der folgenden Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?**

Bitte Kopien der Berichte mitschicken.

<b>Untersuchung</b>	<b>Wann</b>	<b>Wo</b>	<b>Befund</b>
Hörprüfung			
Sehprüfung			
EEG			
MRT/Kernspintomographie			
Weitere:			

### D. Familie und Bezugspersonen

Fragen zu den Eltern  verheiratet  zusammen lebend  geschieden  
 getrennt lebend  allein erziehend  wieder verheiratet

Das Kind lebt mit  Eltern  Mutter  Vater  Pflegeeltern  Heim

Wer hat das Sorgerecht?  Mutter  Vater  Vormund \_\_\_\_\_  Institution \_\_\_\_\_

Leibl. Vater: Schulabschluss \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

Leibl. Mutter: Schulabschluss \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

Geschwister/Halbgeschwister des Kindes:

Name/Vorname Geburtsdatum Anmerkungen (z. B. im SPZ bereits bekannt)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Gibt es Krankheiten in der Großfamilie? Welche? \_\_\_\_\_

Von wem wurde das Kind bisher vorwiegend betreut?

Mutter     Vater     beiden Eltern     Großeltern     andere Personen: \_\_\_\_\_

Befand sich Ihr Kind in einem Heim, einer Pflegefamilie, bei Verwandten oder Bekannten?

Nein     Ja, bei: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Wenn Sie selbst Pflege- oder Adoptiveltern sind:

Seit wann lebt das Kind bei Ihnen: \_\_\_\_\_

Gab es besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

neue/r Partner/in eines Elternteils     Trennung     Scheidung  
 Häufiger Wohnungswechsel     Tod der Großeltern     Tod der Mutter/des Vaters  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Der Fragebogen wurde ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ von:  Mutter  Vater  Sonstige \_\_\_\_\_

Hier ist Platz für persönliche Mitteilungen, Ausführungen und andere Anmerkungen, die Sie uns noch wissen lassen möchten!

---

---

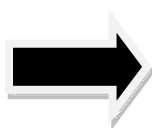
---

---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Sie haben die Möglichkeit, vor der ärztlichen Untersuchung im Rahmen des offenen Beratungsangebots für Eltern eine erste Beratung durch unsere Sozialarbeiter/Sozialpädagogen in Anspruch zu nehmen.

Wir informieren und beraten Sie zu Fragen außerhalb des medizinischen Bereichs, so z. B. über weiterführende Hilfen, in sozialrechtlichen Angelegenheiten sowie bei der allgemeinen Sorge, die die Entwicklung Ihres Kindes betrifft.



Sprechzeiten und Telefonnummer:

Telefon:	0621/67005-111
Montag-Donnerstag	9:00 – 16:00 Uhr
Freitag	9:00 – 12:00 Uhr

#### WICHTIGE INFORMATION:

Bei **getrennt lebenden Elternteilen mit gemeinsamem Sorgerecht** benötigen wir für die **Vorstellung und ggf. Therapie/Förderung/Behandlung ein *beidseitiges Einverständnis***. Der Fragebogen **muss** von **beiden Elternteilen unterschrieben** werden (Unterschrift von Vater **und** Mutter notwendig).

Datum: \_\_\_\_\_ Name/Unterschrift Mutter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Name/Unterschrift Vater: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Name/Unterschrift Vormund/Institution/Personenberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Wir bedanken uns für Ihre Bemühungen! Bitte schicken Sie diesen Fragebogen baldmöglichst zurück.