

## 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

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?

---

---

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: \_\_\_\_\_



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: \_\_\_\_\_

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

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