

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: _____					
Folgende Angaben nur ausfüllen, wenn Sie Beamte/r sind!					
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: _____

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?

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

D. Familie und Bezugspersonen

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

Das Kind lebt mit
 Eltern
 Mutter
 Vater
 Pflegeeltern
 Heim

Wer hat das Sorgerecht?
 Mutter
 Vater
 Institution _____

Leibl. Vater: Schulabschluss _____ Beruf _____ ausgeübte Tätigkeit _____

Leibl. Mutter: Schulabschluss _____ Beruf _____ ausgeübte Tätigkeit _____

Geschwister: Vorname Geburtsdatum Anmerkungen

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: _____

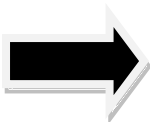
Der Fragebogen wurde ausgefüllt am: _____ von: Mutter Vater Sonstige _____

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 eine zeitnahe Erstberatung 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 Sorge allgemein, die Entwicklung Ihres Kindes betreffend.



Sprechzeiten und Telefonnummer:

Telefon: 0151/150656-47
Montag 09.00 bis 11.00 Uhr
Donnerstag 14.00 bis 16.00 Uhr
Freitag 09.00 bis 10.30 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: _____

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