

Sie können den Fragebogen online ausfüllen und anschließend ausdrucken, um ihn zu unterschreiben.

Sie können den Fragebogen online ausfüllen und anschließend ausdrucken, um ihn zu unterschreiben.

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM MAGDEBURG

im Kinderzentrum Magdeburg g GmbH, Adolf-Jentzen-Str. 2, 39116 Magdeburg
Telefon: 0391/66262 0 Telefax: 0391/6626279 E-Mail: info@kinderzentrum-magdeburg.de
Internet: www.kinderzentrum-magdeburg.de

FRAGEBOGEN

Angaben zum Kind

Familienname: Geburtsdatum:

Vorname: Geburtsort:

PLZ, Wohnort, Straße:

Telefon: Festnetz

Mobil

Staatsangehörigkeit:

dienstlich

Krankenkasse:

wenn abweichend
Name zur Geburt:

wenn nicht bei den Eltern
Wo lebt das Kind zurzeit?
Pflegefamilie, Heim / Name, Anschrift

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater Pflegeeltern
 Vormund Andere

Wegen welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie bei uns Hilfe?

Welche Probleme hat Ihr Kind zurzeit? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wachstum, Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> Schulleistungen |
| <input type="checkbox"/> Grob-oder Feinmotorik | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> chronische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Hörvermögen | <input type="checkbox"/> Alkohol-, Nikotin-, Drogenmissbrauch |
| <input type="checkbox"/> Sehvermögen | <input type="checkbox"/> Trennungsproblematik der Eltern |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensprobleme | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> zu Hause | |
| <input type="checkbox"/> in der Gemeinschaft | |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | |

Beschreiben Sie bitte die Störungen oder Auffälligkeiten näher:

Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?

Welchen Ärzten haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

(Bitte genaue Anschrift angeben!)

<u>Ärzte</u>	<u>Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon</u>	<u>In welchem Jahr?</u>
Kinderärzte		
Orthopäde		
Hals-, Nasen- Ohrenarzt		
Augenarzt		
weitere Ärzte		

Wurde Ihr Kind schon einmal in einem Krankenhaus stationär behandelt oder operiert?

Ja

Nein

Name, Ort des Krankenhauses

Wann, wie lange?

Wegen welcher Erkrankung?

Wurde Ihr Kind schon einmal psychologisch untersucht bzw. behandelt?

Ja

Nein

Wo? (Therapeut, Einrichtung)
(Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon)

Wann, wie lange?

Aus welchem Anlass?

Erhält oder erhielt Ihr Kind eine der folgenden Behandlungen?

	<u>Wo?</u> (Therapeut, Einrichtung) (Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon)	<u>Wann?</u>
Frühförderung		
Physiotherapie		
Logopädie (Sprachtherapie)		
Ergotherapie		
Psychotherapie		
andere Behandlungen		

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

	<u>Wo?</u> (Arzt, Einrichtung) (Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon)	<u>Wann?</u>
Hörprüfung		
Sehprüfung		
Röntgenaufnahmen (u.a. CT, MRT) (Was wurde untersucht?)		
Ultraschall		
EEG		
andere Untersuchungen		

Welche Hilfsmittel hat Ihr Kind?

	<u>seit wann?</u>		<u>seit wann?</u>
<input type="radio"/> Brille		<input type="radio"/> Stehständer	
<input type="radio"/> Hörgerät/ Cochlea Implantat		<input type="radio"/> Rollator	
<input type="radio"/> sonstige		<input type="radio"/> Rollstuhl	

Fragen zu Kindern mit Krampfanfällen (Epilepsie)

Hatte bzw. hat Ihr Kind Krampfanfälle? Ja Nein

Wann trat der erste Anfall auf?

Wann trat der letzte Anfall auf?

Wie sehen die Anfälle aus, wie laufen sie ab, bevorzugte Tageszeit?

**Nimmt Ihr Kind zurzeit regelmäßig krampfhemmende
Medikamente ein?**

Ja Nein

Name der Medikamente

Dosierung (z.B. 3x1Tabl.)

Seit wann?

Erhält Ihr Kind regelmäßig weitere Medikamente?

Ja Nein

Name der Medikamente

Dosierung (z.B. 3x1 Tabl.)

Seit wann?

Fragen zu den Schwangerschaften

Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind?

Haben Sie reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen? Ja Nein
(z.B. IVF, ICSI)

- Fehlgeburten Wie viele? Wann?
- Totgeburten Wie viele? Wann?

Nennen Sie bitte die Namen der Kinder (einschließlich Patient) in der Reihenfolge ihrer Geburtsdaten (auch wenn Kinder bereits verstorben sein sollten, evt. ergänzende Angaben am Schluss).

<u>Name und Vorname des Kindes</u>	<u>Geburtsdatum</u>	<u>Bemerkungen</u> (Schulbildung / leibliche Geschwister, Halb-, Adoptivgeschwister)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Befindet sich eines Ihrer Kinder schon bei uns in Betreuung?

Name und Vorname des Kindes Geburtsdatum

Fragen zur Vorgeschichte des angemeldeten Kindes während

der Schwangerschaft: (Kreuzen Sie die zutreffenden Erkrankungen und Störungen an und falls möglich, geben Sie bitte dahinter den Monat an, in dem sie auftraten).

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Blutung | <u>Monat</u> <input type="text"/> | <input type="radio"/> Unfälle | <u>Monat</u> <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Schwangerschaftserbrechen | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Operationen | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Ödeme (geschwollene Beine) | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Eiweiß im Urin | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Erhöhter Blutdruck | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Seelische Belastungen | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Infektionskrankheiten | <input type="text"/> |
- Welche Infektionskrankheiten?

Zigaretten: Stück pro Tag Alkoholkonsum pro Woche:

Medikamenteneinnahme / Drogen / Suchtmittel: Welche?

Wie viel?

Wann in der Schwangerschaft?

Sonstige Erkrankungen bzw. Störungen:

Ergänzende Angaben (z.B. Fruchtwasseruntersuchung):

Fragen zur Geburt des angemeldeten Kindes

Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes? Jahre

Alter des Vaters bei der Geburt des Kindes? Jahre

Wo wurde das Kind geboren? Im Krankenhaus Zu Hause

Anschrift des Krankenhauses:

Wann war der errechnete Geburtstermin?

Erfolgte die Geburt zum Termin
 früher Wochen
 später Wochen

War der Blasensprung mehr als 24 Stunden vor der Geburt? Ja Nein

Wurde die Geburt eingeleitet? Ja Nein

Geburtdauer insgesamt: Stunden

Kaiserschnitt Geburtszange Saugglocke

Gab es Besonderheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nabelschnurvorfal | <input type="checkbox"/> Querlage |
| <input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung | <input type="checkbox"/> Gesichtslage |
| <input type="checkbox"/> Herztonabfall | <input type="checkbox"/> Grünes Fruchtwasser |
| <input type="checkbox"/> Steißlage | <input type="checkbox"/> Nachgeburt auffällig |

Sonstiges:

Bestand eine Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, war das Kind der erstgeborene oder der zweitgeborene Zwilling?

Fragen zur Ernährung

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein Wenn ja, wie lange? _____

Breikost erhielt Ihr Kind ab _____ Monat, feste Nahrung ab _____ Monat

Jetzige Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung): _____

Besonderheiten: (z.B. beim Saugen, Schlucken, Kauen; Speichelfluss, Ablehnung grober Kost)

Frühkindliche Entwicklung

Folgende Fertigkeiten und Meilensteine der Entwicklung beobachteten Sie bei Ihrem Kind erstmals im Alter von (bitte in Monaten bzw. Jahren angeben):

	<u>Alter</u>		<u>Alter</u>
Anblicken	_____	Erste Worte	_____
Lächeln	_____	Erste kurze Sätze	_____
Gezieltes Greifen	_____	Trocken (tags/nachts)	_____
Drehen	_____	Sauber (tags/nachts)	_____
Freies Sitzen	_____	Selbständiges Essen	_____
Krabbeln	_____	Selbständiges Anziehen	_____
Freies Gehen	_____		

Ergänzende Angaben / Auffälligkeiten in der Entwicklung:

Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand oder einen Rückschritt in der Entwicklung gegeben, wenn ja in welchen Bereichen?

Fragen zur Selbständigkeit, zum Spielverhalten und zu Auffälligkeiten

Ist Ihr Kind in der Lage: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Reißverschlüsse zu öffnen zu schließen
Knöpfe zu öffnen zu schließen
Schleifen zu binden

Kann Ihr Kind: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Gegenstände malen (z. B. Mensch, Haus)
 Laufrad fahren Dreirad fahren Fahrrad fahren schwimmen

Womit spielt Ihr Kind?

- Hat Ihr Kind Einschlafstörungen? Ja Nein
Hat Ihr Kind Durchschlafstörungen? Ja Nein
Nässt Ihr Kind ein? Ja Nein
War Ihr Kind schon einmal länger als 6 Monate trocken? Ja Nein
Kotet Ihr Kind ein? Ja Nein
War Ihr Kind schon einmal länger als 6 Monate sauber? Ja Nein
Leidet Ihr Kind an Verstopfung? Ja Nein

Wurden wegen dieser Probleme bereits Untersuchungen durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Welche?

Fragen zum Kindergarten und zur Schule Ihres Kindes

Besucht oder besuchte Ihr Kind eine Vorschuleinrichtung oder eine Schule?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Kindertagesstätte
seit wann: | <input type="radio"/> Förderschule für Lernbehinderte |
| <input type="radio"/> Integrative Kindertagesstätte
<input type="radio"/> Regelkind
<input type="radio"/> Förderkind
seit wann: | <input type="radio"/> Förderschule für Geistigbehinderte |
| <input type="radio"/> Grundschule | <input type="radio"/> Förderschule für Sprachentwicklung |
| <input type="radio"/> Sekundarschulen
<input type="radio"/> Hauptschulklasse
<input type="radio"/> Realschulklasse | <input type="radio"/> Förderschule mit Ausgleichsklassen |
| <input type="radio"/> Gymnasium | <input type="radio"/> Förderschule für Körperbehinderte |
| <input type="radio"/> andere Schule | <input type="radio"/> Hortbetreuung |
| <input type="radio"/> Erhöhter individueller Förderbedarf | <input type="radio"/> integrativer Hort |
| | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

Welche Klassenstufe besucht ihr Kind derzeit? _____

Name, Anschrift und Telefon-Nr. der Einrichtung, die das Kind zurzeit besucht:

Wer betreute das Kind überwiegend im

1. Lebensjahr _____

2. und 3. Lebensjahr _____

Ist Ihr Kind ein Adoptivkind? Ja Nein

Lebte das Kind zeitweise in einer Pflegefamilie? Ja Nein

Wenn ja, wo und über welchen Zeitraum? _____

Lebte das Kind zeitweise in einem Heim? Ja Nein

Wenn ja, wo und in welchem Zeitraum?

Fragen zur Familienvorgeschichte

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen?

Welche? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bei wem traten die Störungen auf?

Körperbehinderung

geistiger Entwicklungsrückstand

Krampfanfälle (Epilepsie)

Fehlbildungen

Asthma, Ekzem

Sehstörungen, Taubheit

seelische Erkrankungen

Bewegungsstörungen

sonstige

Haben Sie für Ihr Kind gesetzliche Hilfen in Anspruch nehmen können?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Pflegegeld der Krankenkasse

Ja

Nein

Pflegegeld des Sozialamtes

Ja

Nein

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

Ja

Nein

Wenn ja, mit welchen Merkzeichen?

(z. B. 100%,H, G, B)

Fragen zur Umgebung und Familie des Kindes

	leibliche Mutter	leiblicher Vater	Pflegemutter	Pflegevater
Name, Vorname				
Geburtsdatum				
Erlerner Beruf				
Ausgeübte Tätigkeit				
Staatsangehörigkeit				

Sind die leiblichen Eltern verheiratet getrennt lebend
 Lebenspartner geschieden

Welche Personen leben zurzeit noch im Haushalt? (z.B. Kinder des Partners, Pflegekinder)	Geburtsdatum

Wer außer den Eltern betreut und erzieht das Kind innerhalb der weiteren Familie (z.B. Großeltern, Verwandte) noch in größerem Umfang?

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: Mutter
 (Zutreffendes bitte ankreuzen) Vater
 Anderen (bitte benennen)

Unterschriften aller Sorgeberechtigten:

Datum: <input style="width: 150px;" type="text"/>	_____
	Unterschrift
Datum: <input style="width: 150px;" type="text"/>	_____
	Unterschrift

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass bei der Erstvorstellung der Sorgeberechtigte anwesend sein muss.