

zurück an:

Städt. Klinikum Solingen gGmbH
Sozialpädiatrisches Zentrum
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Wir können einen Termin wahrnehmen:
 nur nach längerfristiger Vereinbarung
 bei Vereinbarung am Vortag
 jederzeit

Anmeldefragebogen

Angaben zum Kind

Familienname: _____ Vorname: _____

Geb.: _____ . _____ .20 _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Adresse: _____

Kinderarzt: _____

Fragen zur Vorstellung

Weshalb stellen Sie Ihr Kind in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum vor?

Wer hat Ihnen zur Vorstellung geraten?

Niemand, ich möchte es gerne

Kinderarzt

Erzieher(-in) / Lehrer(-in)

jemand anderes: _____

Welche Hilfen erhoffen Sie sich für Ihr Kind von uns?

Bitte nennen Sie uns eine Telefonnummer, unter der wir Sie tagsüber erreichen können:

1. _____

2. _____

Dürfen wir Sie über Email kontaktieren ? : _____ @ _____

Medizinische Vorgeschichte

Schwangerschaft

Die Schwangerschaft mit Ihrem Kind war Ihre _____ Schwangerschaft

Hatten Sie vor / oder nach der Geburt Ihres Kindes?

Schwangerschaftsabbruch / -abbrüche Fehlgeburt / -en Totgeburt / -en

Verlauf der Schwangerschaft?

Keine Probleme Vorzeitige Wehen Blutungen

Probleme beim Kind, z.B. Wachstumsstörungen

Krankheiten / Probleme Ihrerseits, z.B. schwerwiegende, Infektionen oder Unfälle

Einnahme von Medikamenten? Welche : _____

Haben Sie geraucht? Wieviele Zigaretten pro Tag? _____

Haben Sie Alkohol getrunken? Wieviel? _____

Welches Datum war für die Geburt Ihres Kindes errechnet? _____ . _____ . 20 _____

Geburt

normal Kaiserschnitt

Saugglocke Zange

Besonderheiten bei der Geburt:

Geburtsgewicht: _____ g

Probleme Ihres Kindes nach der Geburt

keine Sauerstoffbedarf

Gelbsucht Beatmung

Beatmung Trinkschwäche

Wann wurden Sie und Ihr Kind nach der Geburt entlassen? Nach _____ Tagen

Weitere Entwicklung

Gelang die Ernährung Ihres Kindes am Anfang ohne Probleme?

Ja, ___ Monate gestillt

Ja

Nein, weil _____

Erstes Lächeln bei Anblick eines Gesichtes mit _____ Wochen

Freies Sitzen mit _____ Monaten

Krabbeln mit _____ Monaten

Erste freie Schritte mit _____ Monaten

Erste Wörter mit _____ Monaten (z.B. „Mama“ NUR zur Mutter)

Tags und nachts sauber und trocken mit _____ Jahren

Fahrrad fahren (ohne Stützräder) mit _____ Jahren

Haben Sie sich jemals Sorgen über die Entwicklung Ihres Kindes gemacht? Wenn ja, wann und warum?

Vorerkrankungen

Leidet Ihr Kind an chronischen oder häufig wiederkehrenden Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

- _____
- _____
- _____

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? Wenn ja, wann und warum?

Hat Ihr Kind jemals einen Unfall gehabt? Wenn ja, wann und welcher Art?

Ist Ihr Kind jemals stationär in einem Krankenhaus behandelt worden? Wenn ja, wann, wo und warum?

Ist Ihr Kind entsprechend den aktuellen Empfehlungen geimpft?

Ja

Nein, folgende Impfungen erfolgten (noch) nicht

War Ihr Kind jemals bei einem der folgenden Ärzte? Wenn ja, wann und beim wem ?

Augenarzt _____

HNO-Arzt _____

Neurologe / Kinderneurologe _____

Kinder- und Jugendpsychiater _____

Anderes SPZ _____

Sind bei Ihrem Kind bereits psychologische Untersuchungen, z.B. Entwicklungstest, Intelligenztest durchgeführt worden?

Nein

Ja,

Bisherige Therapien

Hat Ihr Kind bisher schon Therapien erhalten? Wenn ja, in welchem Alter, wo und wie lange?

Heilpädagogische Frühförderung

Krankengymnastik / Physiotherapie

Ergotherapie

Logopädie

Psychotherapie

Andere Therapie(n)

Angaben zur Familie

Eltern:

	Mutter	Vater
Name		
Geburtsdatum		
Adresse (falls abweichend vom Kind)		
Erlerner Beruf		
Aktueller Beruf		

Erkrankungen der Mutter:

Erkrankungen des Vaters:

Geschwister:

Name	Geburtsdatum	Krankheiten, Probleme

Bei wem lebt das Kind? _____

Aus welchem Land stammt Ihre Familie? _____

Welche Sprache sprechen Sie zu Hause mit Ihrem Kind? _____

Gibt es in der Familie chronische oder schwerwiegende Krankheiten oder Behinderungen, z.B. bei Großeltern oder Geschwistern der Eltern?

Soziales Umfeld

Besucht Ihr Kind eine Kindertagesstätte oder hat eine solche besucht?

Name der Kindertagesstätte: _____

Nein

Ja, seit _____

Ja, von _____ bis _____ Jahre

Gab oder gibt es im Kindergarten Probleme? Wenn ja, welche?

Welche Schule besucht Ihr Kind?

Grundschule

Gymnasium

Gesamtschule

Sekundar-/Haupt-/Realschule

Förderschule, für _____

Name der Schule: _____

Klasse: _____

Gab oder gibt es in der Schule Probleme? Hat Ihr Kind jemals eine Klasse wiederholt oder die Schule gewechselt? Wenn ja, bitte ausführen

Welche Hobbys / Freizeitaktivität hat Ihr Kind? Ist Ihr Kind Mitglied in einem Verein?

Weitere Fragen

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

nein

ja: _____ GdB

Merkmale : aG H BI GI RF B G

Ist Ihr Kind als pflegebedürftig eingestuft?

nein

ja, Pflegegrad

1

2

3

4

5

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Mutter / Vater

eine andere Person _____

Datum _____ . _____ .20_____

Unterschrift: _____