

Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. Heiner Kentrup
Arzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Kinder-Endokrinologie und Diabetologie,
Neonatologie

Sozialpädiatrisches Zentrum

Leiterin: Frau Ilona Krauspe-Stübecke
Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie,
Psychotherapie

Telefon 02402 107-4194
Fax 02402 107-4189
e-Mail: spzsekretariat@bethlehem.de

Datum:

Liebe Eltern,
wir bitten Sie, diesen Fragebogen so schnell wie möglich ausgefüllt zurück zu senden, damit wir Ihnen einen Termin zur Untersuchung Ihres Kindes geben können. **Eine Terminvergabe ist erst möglich, wenn die von Ihnen und dem Kinderarzt ausgefüllten Bögen uns vollständig vorliegen.**

Zu den Personalien:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Namen der/des
Erziehungsberechtigten: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____
Handynummer: _____
Email: _____

Wer hat das Sorgerecht?

Eltern Mutter Vater oder: _____

Wer ist der Kinder- bzw. Hausarzt?

Name, Anschrift, Telefon-Nr.: _____

Krankenkasse:

Name des Hauptversicherten: _____ Geburtsdatum: _____

Und nun zur Familienanamnese:

Ist Ihr Kind leibliches Kind adoptiert Pflegekind
Lebt Ihr Kind mit beiden Eltern bei der Mutter beim Vater
 Pflegefamilie im Heim oder wo sonst? _____

Die Geschwister/Halbgeschwister:

Vorname	Geburtsjahr	besondere Krankheiten oder Beschwerden
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Aktuelle Belastungen in der Familie (z. B. häufiger Wohnortwechsel, Trennung der Eltern, chronische Krankheiten eines Familienmitgliedes u. ä.):

Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen?

Sie wurde angeregt durch: _____

Überweisung durch: _____

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

Wurde Ihr Kind deswegen schon an anderer Stelle untersucht?

nein ja

wann? _____ wo? _____

_____ SPZ

_____ Kinderpsychiater

_____ Psychologe

_____ Schulpsychologischer Dienst

_____ Beratungsstelle (jeglicher Art)

Gab es Komplikationen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Geburt?

Wurde Ihr Kind nach der Geburt in einer Kinderklinik behandelt? Wo? Weshalb?

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung?

Epilepsie

Neurodermitis

Asthma bronchiale

Herzerkrankungen

Diabetes

Nierenerkrankungen

Rheuma

Spina bifida

Cerebralparese

andere Erkrankungen:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Welche?

Gab es Auffälligkeiten in der Kleinkindentwicklung?

Besucht/e Ihr Kind einen Kindergarten?

nein ja und zwar vom _____ bis _____ Lebensjahr.

welchen? _____

Gibt/Gab es dort Probleme?

nein ja nämlich _____

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?

- nein ja
- Vorschulkindergarten

Wann wurde Ihr Kind eingeschult?

noch nicht
jetzt besucht Ihr Kind die ____ Klasse der Schule _____ in _____

Seine/Ihre Leistungen sind besonders gut in:

Nicht so gut in:

Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule?

nein ja nämlich _____

Falls bei Ihrem Kind eine Entwicklungsverzögerung oder Behinderung vorliegt:

Bekommt/bekam es schon eine spezielle Förderung?

- nein ja nämlich
- Krankengymnastik
- pädagogische Frühförderung
- Ergotherapie
- Psychomotorik
- Sonstiges _____
- Heilpädagogik
- Sprachförderung
- Psychologische Therapie

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben! Ihr SPZ-Team

Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. Heiner Kentrup
Arzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Kinder-Endokrinologie und Diabetologie,
Neonatologie

Sozialpädiatrisches Zentrum

Leiterin: Frau Ilona Krauspe-Stübecke
Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie,
Psychotherapie

Telefon 02402 107-4194

Fax 02402 107-4189

e-Mail: spzsekretariat@bethlehem.de

Datum:

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre(n) ich (wir) mein (unser) Einverständnis mit einer Diagnostik und ggf.

Therapie unseres Kindes _____, geb. am _____

im SPZ Stolberg.

Bei **gemeinsamem** Sorgerecht ist die Zustimmung beider Eltern erforderlich.

Ort, Datum

(Unterschrift Mutter)

(Unterschrift Vater)

Bei **alleinigem** Sorgerecht:

Ich versichere, dass ich das alleinige Sorgerecht innehabe.

Ort, Datum

(Unterschrift Sorgeberechtigter)

Sozialpädiatrisches Zentrum

Bitte durch den Kinderarzt ausfüllen lassen.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

das Kind _____ geb. _____
(Name, Vorname)

soll im SPZ vorgestellt werden.

Zur besseren Terminplanung bitten wir Sie, den Vorstellungsgrund für uns zu konkretisieren. Wir danken für Ihre Mühe.

- Wahrnehmung Grobmotorik Feinmotorik
- Sprache
- Verhaltensauffälligkeiten
- Konzentrations- / Aufmerksamkeitsprobleme
- Psychosoziale Situation
- Kind kommt auf Wunsch der Eltern
- Weiterverordnung klären
 - Ergotherapie nach _____ Therapieeinheiten
 - Logopädie nach _____ Therapieeinheiten
 - Physiotherapie nach _____ Therapieeinheiten
- Bemerkungen/Sonstiges

Datum: _____ Unterschrift des Kinderarztes/Stempel

Vielen Dank für Ihre Mühe – Ihr SPZ-Team