

KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

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

BETHLEHEM Gesundheitszentrum Stolberg gGmbH • SPZ - • 52222 Stolberg

Telefon 02402 107-4194
Fax 02402 107-4189
e-Mail: spz@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 vom Kinderarzt ausgefüllten Bögen uns vollständig vorliegen.**

Personalien:

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Name der/des
Erziehungsberechtigten: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer / Handynummer: _____

Email: _____

Wer hat das Sorgerecht:

Eltern Mutter Vater oder: _____

Krankenkasse:

Name des Hauptversicherten: _____ Geb.datum: _____

Familienanamnese:

Leibliches Kind Adoptivkind Pflegekind

Das Kind lebt bei beiden Eltern der Mutter dem Vater Wechselmodell
 einer Pflegefamilie im Heim Sonstiges _____

Geschwister / Halbgeschwister:

Vorname	Geburtsjahr	Krankheiten / Behinderung
---------	-------------	---------------------------

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

Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen? _____

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

Bei Sprachproblemen:

Ihre Familiensprache ist: _____

Wie lang ist die Kontaktzeit des Kindes zur deutschen Sprache: _____

Wurde Ihr Kind deswegen schon an anderer Stelle untersucht? Nein Ja

Wo und wann?

- _____ 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?

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung?

- Epilepsie Neurodermitis Asthma bronchiale Herzerkrankungen
- Diabetes Nierenerkrankungen Rheuma 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 _____ Welchen? _____

Gibt/gab es dort Probleme?

Nein Ja: _____

Ihr Kind besucht die Klasse _____ der _____ Schule.

Seine Leistungen sind besonders gut in:

Nicht so gut in:

Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule?

Nein Ja: _____

Falls bei Ihrem Kind eine Entwicklungsverzögerung oder Behinderung vorliegt:

Bekommt/bekam es schon eine spezielle Förderung?

Nein Ja: Krankengymnastik Heilpädagogik
 Ergotherapie Logopädie
 Psychotherapie
 Sonstiges: _____

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

KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

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

● **BETHLEHEM** Gesundheitszentrum Stolberg gGmbH • SPZ - • 52222 Stolberg ●

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

Datum:

Einverständniserklärung

Hiermit erklärte (n) ich (wir) mein (unser) Einverständnis mit einer Diagnostik und ggf. Therapie
unseres Kindes _____, geb. am _____
im SPZ.

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 inne habe.

Ort, Datum

(Unterschrift Sorgeberechtigter)

KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

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

● **BETHLEHEM** Gesundheitszentrum Stolberg gGmbH • SPZ - • 52222 Stolberg ●

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

Datum:

Bitte durch Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin ausfüllen lassen:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

das Kind _____, geb. am _____
(Name, Vorname)

soll im SPZ behandelt werden.

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

- Wahrnehmung Grobmotorik Feinmotorik
- Sprache
- Verhaltensauffälligkeiten
- Konzentrations- / Aufmerksamkeitsprobleme
- Autismusverdacht
- Psychosoziale Situation
- Kind kommt auf Wunsch der Eltern

Weiterverordnung klären

- Ergotherapie nach _____ Einheiten
- Logopädie nach _____ Einheiten
- Physiotherapie nach _____ Einheiten
- Bemerkungen / Sonstiges:

Datum

Unterschrift des Kinderarztes / Stempel