



Bitte beachten Sie, dass der Anmeldebogen nur mit Unterschrift eines Kinder- und Jugendarztes bearbeitet werden kann.

Wir bitten dafür um Ihr Verständnis!

**Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)**

Nikolausstr. 10, 88212 Ravensburg

Telefon: 0751 977 1238-700, Fax: 0751 977 1238-5700

E-Mail: spz@st-elisabeth-stiftung.de, Home: www.st-elisabeth-stiftung.de**Liebe Eltern, liebe Betreuer,**

wir bitten Sie, diesen Fragebogen so weit Sie können auszufüllen und möglichst rasch an uns zurückzuschicken. Bitte haben Sie Verständnis, dass erst nach Erhalt ein Termin vergeben werden kann. Er dient zur besseren Planung der Vorstellung Ihres Kindes. Die Angaben sind selbstverständlich alle freiwillig und vertraulich.

Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____
 männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Errechneter Geburtstermin: _____
 (Angaben finden Sie im Mutterpass/Vorsorgeheft)

Nationalität: _____

Anschrift: Straße _____

Wohnort _____

Telefon: Festnetz _____

Mobil _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Landratsamt: _____

Geschwisterkind bereits im SPZ? Ja Nein

Betreuende Ärzte Ihres Kindes

Kinderarzt: _____ Hausarzt: _____

Anschrift: _____ Anschrift: _____

Tel.: _____ Tel.: _____

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

Aktuelles Foto vom Kind
falls vorhanden

**Welche Hilfen erwarten Sie?**

Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen?

Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten an anderer Stelle bereits untersucht? Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?

(Bitte legen Sie Kopien der Arztberichte, Befundberichte etc. bei)

Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?

Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, in denen Ihr Kind nach Ihrer Einschätzung Probleme hat:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Motorik/Bewegungen | <input type="checkbox"/> Schulleistungen – besonders im Fach: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sprache/Kommunikation | <input type="checkbox"/> Konzentration |
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Umgang/Spiel mit anderen Kindern |
| <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Erziehung/Folgsamkeit |
| <input type="checkbox"/> Essen/Trinken | <input type="checkbox"/> Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> Sauberkeit – Einnässen tags/nachts | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang/Einkoten | <input type="checkbox"/> familiäre Probleme (Trennung o. ä.) |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten: _____ |

- Andere, nicht erwähnte Auffälligkeiten: _____

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen oder Vorerkrankungen oder wurde es schon mal operiert?

- Nein Ja OP: _____

Chron. Erkrankungen: _____

Bekommt oder bekam Ihr Kind bereits Förderungen?

(Frühförderung, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Integrationshilfe ...)

- Nein Ja Welche? Seit/ Bis wann? Bei wem? (Adresse, Telefonnummer)

Bekommt Ihr Kind Medikamente?

- Nein Ja Welche? _____ Dosis _____

_____ Dosis _____

**Hat Ihr Kind Hilfsmittel?**

- Nein Ja Brille Reha-Buggy
 Hörgerät Rollstuhl
 Mundplatte spezielles Dreirad / Fahrrad
 Schuheinlagen Stehständer
 Schienen Sonstiges _____
 Korsett

Bisherige Untersuchungen:

- Sehtest: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____
 Hörtest: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____
 MRT Schädel: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____
 EEG: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____
 Sonstiges: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

- Nein Ja GdB: _____ Merkzeichen: _____

Erhalten Sie Pflegegeld?

- Nein Ja Pflegegrad: _____

Angaben zur Familie**Mutter****Vater**

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum, Ort: _____

Geburtsdatum, Ort: _____

Anschrift: _____

Anschrift: _____

Schulabschluss: _____

Schulabschluss: _____

Welchen Beruf üben Sie aus?
_____Welchen Beruf üben Sie aus?
_____**Familienstand:**

- Eltern zusammenlebend getrennt lebend, seit: _____
 leibliches Kind Adoptivkind, seit: _____ Pflegekind, seit: _____

**Sorgerecht:**

- Beide Eltern Mutter Vater oder: _____

Lebt Ihr Kind bei beiden Eltern?

- Ja Nein Wo?/ Bei wem? _____ Seit wann? _____

Angaben zu allen Geschwistern, Halbgeschwistern und mit in der Familie lebenden Kindern, gegebenenfalls auch verstorbenen Kindern:

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Gab es vor oder nach der Schwangerschaft des vorgestellten Kindes Fehl- oder Totgeburten?

- Nein Ja Wann? _____

Gibt es Erkrankungen oder Störungen in der Familie?

- | | | |
|---|-------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | Bei wem? |
| <input type="checkbox"/> Geistiger Entwicklungsrückstand | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Behinderung | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Spastische oder sonstige Lähmung | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma, Ekzeme, Allergie | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselkrankheit | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsstörung (ADS) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schulprobleme | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lese- Rechtschreibschwäche (LRS) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ | _____ |

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen?

- deutsch andere _____

Können Sie sich in der deutschen Sprache gut ausdrücken? Nein Ja

Wenn Nein, können Sie jemanden zum Übersetzen mitbringen? Nein Ja

Erhalten Sie als Familie oder Ihr Kind weitere Hilfen oder Beratungsangebote?

z.B. Familienhilfe und/oder Beratung beim Jugendamt

- Nein Ja Familienentlastender Dienst
 Sozialpädagogische Familienhilfe/ Unterstützung Jugendamt
 Häusliche Krankenpflege
 Haushaltshilfe/ Nachbarschaftshilfe
 Sonstige Hilfen: _____



Entwicklung des Kindes

Schwangerschaft

Besonderheiten in der Schwangerschaft?

- Nein Ja Blutungen Seelische Belastungen
 schweres Erbrechen Nikotin (Anzahl der Zigaretten/ Tag _____)
 Bluthochdruck Alkohol
 Operationen Drogen Welche? _____
 Unfälle Medikamente Welche? _____
 Vorzeitige Wehen ab __.SSW anderes _____

Geburt

Geburtsklinik: _____

Welche Schwangerschaftswoche? _____

Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei oder nach der Geburt?

- Nein Ja Mehrlingsgeburt
 Störung der kindlichen Herztöne
 grünes Fruchtwasser
 Verlegung in die Kinderklinik Warum? _____ Wie lange? ____
 anderes _____

Die Geburt erfolgte:

- normal spontan mit Saugglocke
 nach Einleitung mit Zange
 durch Kaiserschnitt

Geburtsgewicht: _____ g Geburtsgröße: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Geburtswerte APGAR: _____ Nabel pH: _____ (Angaben finden Sie im Vorsorgeheft S. 1)

Säuglingsalter

Machte Ihnen in den ersten Lebenswochen etwas Sorgen?

- Nein Ja Was? auffallende Bewegungsarmut häufiges Spucken
 Krampfanfälle Trinkprobleme
 auffallende Unruhe Schlafprobleme
 Schreiprobleme anderes _____

Wie verlief die Ernährung im Säuglingsalter?

- Nein Ja Muttermilch voll gestillt bis zum _____. Lebensmonat
 Nein Ja Flaschennahrung
 Nein Ja Breimahlzeiten und Fütterung mit dem Löffel
 Nein Ja Kauen
 Nein Ja Gab/ gibt es Probleme bei der Ernährung ihres Kindes?
 Welche? _____

**Entwicklung**

- Erstes Lächeln _____ Monaten
 Gezieltes Greifen _____ Monaten
 Drehen _____ Monaten
 Krabbeln _____ Monaten
 Freies Laufen _____ Monaten
 Erste sinnvolle Worte mit _____ Monaten
 Erste kleine Sätze (2-3-Wortsätze) _____ Monaten
 Selbständiges Essen mit dem Löffel _____ Monaten
 Dreirad mit Treten _____ Jahren
 Fahrrad ohne Stützräder _____ Jahren
 Sauber/ trocken tags? Nein Ja, mit _____ Jahren
 Sauber/ trocken nachts? Nein Ja, mit _____ Jahren

Kindergarten/Schule**Derzeit besuchter Kindergarten/Schule?**

Name der Einrichtung: _____

Art des Kindergartens/Schule: _____

Telefon: _____

Gruppe/ Klasse: _____

Erzieherin/ Klassenlehrerin: _____

Besucht oder besuchte Ihr Kind den Kindergarten?

- Nein Ja Kindertagesstätte
 Regelkindergarten
 Integrativer Kindergarten
 Vorschulklasse:
 Sonstige Einrichtungen: _____

Kindergarteneintritt: _____**Gab oder gibt es Probleme im Kindergarten?** Nein Ja Welche? _____**Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?** Nein Ja Warum? _____**Wurde Ihr Kind bereits eingeschult?**

- Nein Ja, mit _____ Jahren
 Ihr Kind besucht jetzt die ____ Klasse
 Hat Ihr Kind bisher eine Klasse wiederholt? ____ Klasse



Gab oder gibt es Probleme in der Schule?

Nein Ja Welche? _____

Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben?

Nein Ja Welche? _____

Was macht Ihr Kind in der Freizeit?

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?

Nein Ja, mit _____

Es spielt:

- Gruppen/Vereine _____ Stunden wöchentlich
- TV _____ Stunden täglich
- Computer _____ Stunden täglich
- Spielkonsolen _____ Stunden täglich
- Sonstiges: _____

Welche Stärken hat Ihr Kind?

Bestätigung des überweisenden Kinderarztes (unbedingt erforderlich!)

Name, Vorname des Kindes: _____ Geb. Datum: _____

Kommentar:

Praxisstempel

Datum

Unterschrift

Ohne die Bestätigung des überweisenden Kinderarztes über die Notwendigkeit der Vorstellung im SPZ, kann leider kein Vorstellungstermin vereinbart werden.



Einverständniserklärung zur Behandlung im SPZ

Der/die Unterzeichner erklärt/erklären sich damit einverstanden, dass

Name, Vorname des Kindes, Geburtsdatum

im SPZ Ravensburg untersucht und ggf. behandelt wird.

Es besteht (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Gemeinsames Sorgerecht

Alleiniges Sorgerecht

bei Mutter

bei Vater

Sorgerecht liegt bei _____

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten



Information zum Datenschutz

Die Mitarbeiter/Innen des SPZ Ravensburg unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes. Das bedeutet, dass alle Gespräche streng vertraulich behandelt werden.

Zur Planung und Abklärung von Fördermöglichkeiten/ Therapien kann es erforderlich sein, sich mit anderen Institutionen auszutauschen.

Dies ist nur mit Ihrer schriftlichen Zustimmung möglich.

Wir bitten Sie deshalb um Ihr Einverständnis:

Einverständniserklärung

Der/die Unterzeichner erklärt/erklären sich damit einverstanden, dass das SPZ Ravensburg

über

_____ **Name, Vorname des Kindes, Geburtsdatum**

bei behandelnden **Ärzten**
und **Kliniken**, insbesondere bei

_____ Name/Anschrift

bei sonstigen **Therapeuten**,
insbesondere bei

_____ Name/Anschrift

bei **Einrichtungen**, insbesondere bei
(z.B. Schulen und Kindergärten)

_____ Name/Anschrift

und bei sonstigen Stellen, wie auch deren Bediensteten, insbesondere Erzieher und Lehrer, und sonstigen Personen, die mit der Behandlung befasst sind, Auskünfte einholt, Unterlagen einsieht und Kopien der Unterlagen aufbewahrt, soweit dies dem SPZ zur Betreuung sachgerecht erscheint.

Die behandelnden, betreuenden und mit der Förderung betrauten Ärzte, Therapeuten und Einrichtungen und sonstigen Personen, insbesondere die o. g., entbinde(n) ich/wir in diesem Umfang von ihrer vertraglichen und gesetzlichen Schweigepflicht. Sie sind berechtigt dem SPZ Auskunft zu erteilen und Unterlagen zu überlassen.

Ich/wir bin/sind auch damit einverstanden, dass durch das SPZ den genannten Personen und Stellen gegenüber Auskünfte erteilt werden, insbesondere über Befunde und im Rahmen von Empfehlungen und dass von Dritten eingeholte Auskünfte und Unterlagen an die genannten Personen und Stellen weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Bei Heim- und Pflegekindern kann eine Behandlung nur mit schriftlichem Einverständnis des Gesundheitsfürsorgeberechtigten erfolgen.