

# Sozialpädiatrisches Zentrum am Klinikum Weiden

(Chefärztin: Dr. med. Susanne Rinnert)

Söllnerstr. 16  
92637 Weiden  
Tel.: 0961 303 – 3331  
Fax: 0961 303 – 3339



Zurück an:

Sozialpädiatrisches Zentrum Weiden  
Sekretariat  
z. Hd. Fr. Schrems / Fr. Plommer  
Söllnerstr. 16  
92637 Weiden

**Stempel des behandelnden Kinderarztes:**

## Anmeldefragebogen

### Sozialpädiatrisches Zentrum Weiden

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus (so gut es Ihnen möglich ist) und schicken diesen per Post an uns zurück!

#### 1. Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Geschlecht  w  m

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, Straße: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Landkreis: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  Beihilfe  Privat

Grad der Behinderung (falls vorhanden): \_\_\_\_\_ Merkzeichen: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Überweisender Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Wer hat das Sorgerecht?  Eltern  Mutter  Vater  Sonst.: \_\_\_\_\_

Beim wem lebt das Kind?  Eltern  Mutter  Vater  Sonst.: \_\_\_\_\_

Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht bitte Kontaktdaten vom mitsorgeberechtigten Elternteil angeben:

Name, Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Sozialpädagogische Familienhilfe:  Nein  Ja;

wenn Ja: Name: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

#### 2. Fragen zur Vorstellung

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns? Welche Erwartungen und Fragen haben Sie an uns? Welche Hilfen erhoffen Sie sich?

---

---

---

---

---

Wer hat die Vorstellung bei uns angeraten?

- Kinderarzt
- Kindergarten / Schule / Lehrer
- Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, etc.)
- Eigener Entschluss
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie mit Ihrem Kind bereits in einem Sozialpädiatrischen Zentrum in Betreuung?

- Nein
- Ja, welches? \_\_\_\_\_

### 3. Medizinische Vorgeschichte

#### **Schwangerschaft**

Wie war der Verlauf der Schwangerschaft?

- Keine Probleme
- Vorzeitige Wehen
- Blutungen
- Probleme beim Kind, z.B. Wachstumsstörungen
- Andere: \_\_\_\_\_
- Einnahme von Medikamenten? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
- Haben Sie geraucht? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_
- Haben Sie Alkohol getrunken? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Hatten Sie vor / oder nach der Geburt Ihres Kindes

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

Welches Datum wurde für die Geburt Ihres Kindes errechnet? \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

#### **Geburt**

- Normal
  - Kaiserschnitt
  - Saugglocke (Vakuumentextraktion / VE)
  - Zange
  - Besonderheiten bei der Geburt (z.B. Zwillingsgeburt)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Die Entbindung erfolgte in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche (SSW)

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g, Geburtslänge: \_\_\_\_\_ cm, Kopfumfang bei Geburt: \_\_\_\_\_ cm

APGAR-Werte nach 5 Min: \_\_\_\_\_ , nach 10 Min: \_\_\_\_\_, pH-Wert: \_\_\_\_\_

(Diese Angaben finden Sie im gelben Vorsorgeuntersuchungsheft Ihres Kindes)

### **Zu den ersten Lebenstagen /-wochen**

Wann wurden Sie und Ihr Kind nach Hause entlassen? \_\_\_\_\_

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?

- Ja, in \_\_\_\_\_, Dauer des Aufenthaltes: \_\_\_\_\_  
 Nein

War Ihr Kind auffällig gelb?

- Ja  Nein

Musste Ihr Kind beatmet werden?

- Ja  Nein

Gab es in den ersten Lebenswochen Trinkprobleme?

- Ja  Nein

Gab es in den ersten Lebenswochen besondere Krankheiten oder gesundheitliche Probleme?

- Nein  
 Ja, welche \_\_\_\_\_

### **Weitere Entwicklung**

Haben Sie Ihr Kind gestillt?

- Ja, \_\_\_\_\_ Monate  Nein

Gelang die Ernährung Ihres Kindes ohne Probleme?

- Ja  
 Nein, weil \_\_\_\_\_

Erstes Lächeln beim Anblick eines Gesichtes mit \_\_\_\_\_ Wochen.

Drehen aus der Rückenlage auf den Bauch mit \_\_\_\_\_ Wochen.

Sitzen ohne Hilfe mit \_\_\_\_\_ Monaten

Krabbeln mit \_\_\_\_\_ Monaten

Erste freie Schritte mit \_\_\_\_\_ Monaten

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

Radfahren ohne Stützen mit \_\_\_\_\_ Jahren

*Sauberkeitsentwicklung:*

Trocken tags mit \_\_\_\_\_ Monaten, nachts mit \_\_\_\_\_ Monaten

Sauber tags mit \_\_\_\_\_ Monaten, nachts mit \_\_\_\_\_ Monaten

*Haben Sie sich jemals Sorgen über die Entwicklung Ihres Kindes gemacht?*

*Wenn ja, wann und warum?*

---

---

**Vorerkrankungen**

*Bestehen bei Ihrem Kind chronische oder häufig wiederkehrende Erkrankungen?*

*Wenn ja, welche?*

---

---

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

---

---

*Wurde Ihr Kind jemals stationär in einem Krankenhaus behandelt?*

*Wenn ja, wann, wo und warum?*

---

---

*Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? Wenn ja, wann und warum?*

---

---

---

*Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall? Wenn ja, wann und welcher Art?*

---

---

*Wurde Ihr Kind nach den Empfehlungen der Impfkommision (Stiko) / Impfplan geimpft?*

Ja     Nein

*Hat Ihr Kind die Impfungen gut vertragen?*

Ja     Nein

*Wurden bei Ihrem Kind spezielle Keime festgestellt? (z.B. MRSA, ESBL)*

Nein     Ja, welche: \_\_\_\_\_

*Wurde Ihr Kind schon einmal von folgenden Fachärzten behandelt?*

seit bzw. von – bis

Augenarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
HNO-Arzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Neurologe / Kinderneurologe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kinder- u. Jugendpsychiater	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige		

Wurden bei Ihrem Kind bereits psychologische Untersuchungen (z.B. Entwicklungstest, Intelligenztest) durchgeführt? Wenn ja, wo, wann und mit welchem Ergebnis?

Nein

Ja \_\_\_\_\_

### Bisherige Therapien

Hat Ihr Kind bisher schon Therapien erhalten?

Wenn ja, in welchem Alter, wie lange und warum?

Frühförderung / Name / Adresse / Telefonnummer / Ansprechpartner

\_\_\_\_\_

Krankengymnastik / Physiotherapie / Name / Adresse / Telefonnummer / Ansprechpartner

\_\_\_\_\_

Ergotherapie / Name / Adresse / Telefonnummer / Ansprechpartner

\_\_\_\_\_

Logopädie / Name / Adresse / Telefonnummer / Ansprechpartner

\_\_\_\_\_

Psychotherapie / Name / Adresse / Telefonnummer / Ansprechpartner

\_\_\_\_\_

Andere Therapie (z.B. Reittherapie, therapeutisches Schwimmen, usw.)

\_\_\_\_\_

Sollten Sie bereits Therapien für Ihr Kind erhalten haben, so schicken Sie uns bitte bereits **vorhandene Briefe oder Therapieberichte als Anhang zu diesem Fragebogen** mit. Gleiches gilt auch für Gutachten, Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte.

Dies erleichtert Ihnen und uns die weiteren Untersuchungen. Vielen Dank!

Erhalten Sie aktuell oder haben Sie bereits in irgendeiner Form weitere Unterstützung erhalten? (z.B. Flexible Erziehungshilfen, Beratungsangebote). Wenn ja, welche?

---

---

#### 4. Angaben zur Familie

Name des Vaters: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Geschwister / Halbgeschwister?

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Sprache sprechen Sie zu Hause mit Ihrem Kind?

---

Gab oder gibt es besondere, schwerwiegende oder chronische Erkrankungen in der Familie? (Eltern, Großeltern, Geschwister) ?

Nein

Ja \_\_\_\_\_

#### 5. Soziales Umfeld

Besucht oder besuchte Ihr Kind eine Krippe / einen Kindergarten?

Nein

Ja, aktuell seit \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag \_\_\_\_\_

Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahren

Name der Krippe / des Kindergartens: \_\_\_\_\_

Adresse und Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

---

Gab oder gibt es in der Krippe / im Kindergarten Probleme? Wenn ja, welche?

---

Besucht Ihr Kind bereits die Schule?

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Adresse und Tel.Nr. der Schule \_\_\_\_\_

---

Name des Klassenlehrers: \_\_\_\_\_

Gab es schon einmal einen Schulwechsel? Wenn ja, warum?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind jemals eine Klasse wiederholt? Wenn ja, warum?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Gab oder gibt es in der Schule Probleme? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **6. Stärken und Schwächen Ihres Kindes**

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders gut?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was fällt Ihrem Kind schwer und in welchen Situationen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie würden Sie das Verhalten Ihres Kindes beschreiben?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

**Vielen Dank dass Sie sich die Zeit genommen haben, unseren Fragebogen auszufüllen!  
Sollten Sie bereits Befundberichte oder Unterlagen haben, die für uns wichtig sind, würden wir  
uns freuen, wenn Sie uns diese mitschicken oder in Kopie beifügen könnten.**