KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM
Ärztliche Leiterin Dr. med. S. Knecht

ALB FILS KLINIKUM | 73006 Göppingen | PF 660

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm

Eichertstraße 3
73035 Göppingen

Zentrale: 07161. 64- 0
Durchwahl: 07161. 64- 8630

Für Ihre Unterlagen, bitte nicht zurücksenden

Sehr geehrte Familie,

Sie möchten Ihr Kind in unserem SPZ vorstellen, weil es Auffälligkeiten in seiner Entwicklung zeigt.
Es ist notwendig, dass Sie vorher mit Ihrem Kinderarzt/ Ihrer Kinderärztin sprechen, ob er/sie die Anmeldung befürwortet, da er/sie einen Überweisungsschein ausstellen muss.

Anbei senden wir Ihnen einen Fragebogen und eine Einverständniserklärung, die Sie bitte entsprechend sorgfältig ausfüllen.

Schicken Sie zur Anmeldung ihres Kindes Folgendes an uns zurück:

- Ausgefüllter Fragebogen
- Unterschriebene Einverständniserklärung **ALLER** Sorgeberechtigten

Unsere Adresse:	Sozialpädiatrisches Zentrum Göppingen z. Hd. Dr. med. Knecht Eichertstr. 3 73035 Göppingen
Unsere E-Mail-Adresse:	SPZ-Anmeldung@af-k.de

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen ohne genaue Adressenangabe wie Straße, Postleitzahl, Wohnort und Landkreis sowie der Telefonnummer leider keinen Termin zukommen lassen können.

Wenn der ausgefüllte Fragebogen bei uns eingegangen ist, erhalten Sie schriftlich die geplanten Untersuchungstermine.
Wir haben Wartezeiten von mehreren Monaten. Ihren Termin werden wir Ihnen rechtzeitig, in der Regel bis spätestens 4 Wochen vorher, mitteilen. Wir sind ein interdisziplinäres Team, weshalb zu einer ausführlichen Diagnostik und Beratung mehrere Termine erforderlich sind.

Bringen Sie bitte Folgendes zu den Terminen mit:

- Überweisung eines Facharztes für Kinderheilkunde (Überweisung vom Hausarzt oder ähnliches ist nicht gültig)

- Versicherungskarte
- gelbes Untersuchungsheft
- Mutterpass
- Berichte von bisher erfolgter Diagnostik und Therapie
- Dolmetscher bei Bedarf

Mit freundlichen Grüßen

Dr.med. Knecht

Ärztliche Leiterin SPZ

ALB FILS KLINIKUM

Fragebogen

Dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung. Deshalb bitten wir Sie, die Fragen so genau wie möglich zu beantworten.

Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Allgemeine Angaben

Name, Vorname Kind _____

Geburtsdatum _____

Muttersprache _____

Bitte unbedingt einen Dolmetscher zu den SPZ Terminen mitbringen, falls Sie nicht ausreichend deutsch sprechen können!

Adresse _____

(Straße, PLZ, Ort) _____

Landkreis _____

Telefonnummern mobil_____

Festnetz_____

Mailadresse _____

Krankenkasse _____

Überweisender Kinderarzt_____

Stempel des Kinderarztes (SPZ Diagnostik befürwortet)

Anmerkung des Arztes:

_____

_____

Angaben zur Familie

Name, Vorname (Vater) _____

Geburtsdatum und Beruf (Vater) _____

Adresse (falls abweichend vom Kind) _____

Name, Vorname (Mutter) _____

Geburtsdatum und Beruf (Mutter)_____

Adresse (falls abweichend vom Kind) _____

Bei wem lebt das Kind? Bei den Eltern ☐
Bei der Mutter ☐
Beim Vater ☐
Bei _____

Bei getrennt lebenden Eltern: Welche Besuchsregelungen gibt es?

_____

Wer hat das Sorgerecht für das Kind?
Eltern gemeinsam ☐
Mutter alleine ☐
Vater alleine ☐
Jugendamt ☐ Zuständige/r Sachbearbeiter*in:_____
Adoptiv-/Pflegeleltern ☐
Andere ☐

Hat das Kind Geschwister?
Nein ☐
Ja ☐ Anzahl und Alter? _____

Sind die Geschwister ebenfalls im SPZ GP angemeldet oder bereits in Behandlung?
Nein ☐
Ja ☐ Name? _____

Vorstellungsgründe SPZ Anmeldung

Welchen Grund haben Sie, uns Ihr Kind vorzustellen?
Auffälligkeiten/Probleme beim Kind in folgenden Bereichen (Mehrfachnennung möglich) mit kurzer Beschreibung

☐ Allgemeine Entwicklung_____

☐ Bewegung/Motorik_____

☐ Sprache/Sprechen_____

☐ Sehen_____

☐ Hören_____

☐ Wachstum/Fehlbildungen_____

☐ Krampfanfälle_____

☐ Schlafen_____

☐ Vermehrtes Schreien_____

☐ Essen/Füttern_____

☐ Einnässen/Einkoten_____

☐ Verhalten_____

☐ Emotionen_____

☐ Schulische Leistungen_____

☐ Konzentration/Aufmerksamkeit_____

☐ Einholen einer Zweitmeinung

Angaben zur Schwangerschaft und frühen Entwicklung

Angaben dazu finden Sie im Mutterpass/gelbes Heft der Vorsorgeuntersuchungen

Gab es Probleme in der Schwangerschaft?
Nein ☐ Ja ☐_____

Geburt:
Entbunden in Schwangerschaftswoche: _____ als Kaiserschnitt ☐
Spontan ☐
Gab es Komplikationen? Welche? _____

Größe und Geburtsgewicht:_____

PH Wert und APGAR Werte_____

In welchem Alter konnte ihr Kind…

Jemanden gezielt an- oder zurücklächeln? _____

Nach Gegenständen greifen? _____

Krabbeln? _____

Frei Sitzen? _____

Erste Worte sagen? _____

Erst kurze Sätze sagen? _____

Toilette/Töpfchen nutzen? _____

Trotzen? _____

Frei Stehen? _____

Frei Gehen? _____

„Ich“ sagen? _____

„Fremdeln“? _____

Bestanden im 1. Lebensjahr Auffälligkeiten in einem der folgenden Bereiche? Wenn ja, bitte kurz beschreiben

Füttern/Essen? Nein ☐ Ja: _____

Schlafen? Nein ☐ Ja: _____

Schreien? Nein ☐ Ja: _____

Kontaktverhalten? Nein ☐ Ja: _____

Motorik? Nein ☐ Ja: _____

Sonstiges? Nein ☐ Ja: _____

Angaben zur Kindergartenzeit

Besuch einer Kindertagesstätte oder Tagesmutter?

Nein ☐ Ja, seit: _____

Besuch eines Kindergartens?

Nein ☐ Ja, seit: _____ täglich ☐ stundenweise/nur bestimmte Tage ☐

Name der Einrichtung: _____

Benötigt das Kind eine Integrationshilfe?

Nein ☐ Ja, weil: _____

Gibt es sonstige Probleme im Kindergarten?

Nein ☐ Ja: _____

Angaben zur Schulzeit

Besucht das Kind eine Schule?

Nein ☐ Ja, seit: _____

Name der aktuellen Schule: _____

Klasse:_____

Bisher besuchte Schulen:_____

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?

Nein ☐ Ja ☐

Bekommt Ihr Kind Nachhilfe oder zusätzlichen Förderunterricht?

Nein ☐ Ja, seit: _____ Fächer: _____

Gibt es Schwierigkeiten/Probleme in der Schule?

Nein ☐ Ja ☐

Welche? _____

_____

_____

Angaben zu Interessen und Aktivitäten

Womit beschäftigt Ihr Kind sich gerne (Mehrfachnennungen möglich)?

☐ Puppen/Kuscheltiere ☐ Playmobil/Lego ☐ Spielkonsole/Handyspiele

☐ Rollenspiele/Verkleiden ☐ Treffen mit Freunden ☐ Würfel-/Brettspiele

☐ Malen ☐ Outdoorspiele (Spielplatz, Garten)

☐ Basteln ☐ Fernsehen/Videos schauen

☐ Bücher (lesen/vorgelesen bekommen) ☐ Sonstiges: _____

☐ Verein/e besuchen

Welche/n?_____

Angaben zu Therapien

Bekommt oder bekam Ihr Kind bereits unten genannte Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)?

☐ Ergotherapie, von-bis: _____

☐ Physiotherapie, von-bis: _____

☐ Logopädie, von-bis: _____

☐ Interdisziplinäre oder sonderpädagogische Frühförderung, von-bis: _____

☐ Lerntherapie, von-bis: _____

☐ Psychotherapie, von-bis: _____

☐ Hilfen zur Erziehung, von-bis: _____

☐ Sonstige/andere Therapieformen (welche?) _____

Von-bis:_____

Bitte Therapie-/Arztberichte (falls vorhanden) dem Anmeldebogen beifügen!

Angaben zu Erkrankungen

Bestehen bereits Diagnosen von anderen Institutionen (Kinder-&Jugendpsychiater, Fachärzte, SPZs)?

☐ Nein ☐ Ja:

Diagnosen:_____

Erstellt am: _____

Wann fand die letzte körperliche Untersuchung statt? _____

_____

Bestehen chronische Erkrankungen? (Diabetes, Asthma, Herzerkrankungen, Epilepsie; Allergien etc.)

☐ Nein ☐ Ja: _____

Hat Ihr Kind orthopädische Erkrankungen?

☐ Nein ☐ Ja: _____

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja: _____

Hatte Ihr Kind bereits Operationen?

☐ Nein ☐ Ja: _____

Hatte Ihr Kind Krankenhausaufenthalte?

☐ Nein ☐ Ja: _____

Gibt es innerhalb Ihrer Familie ähnliche Auffälligkeiten/Erkrankungen wie die Ihres Kindes? Bei wem?

☐ Nein ☐ Ja: _____

Gibt es chronische Erkrankungen, seelische Probleme bei den Eltern des Kindes?

☐ Nein

☐ Ja (was und bei wem?) _____

Angaben zu Untersuchungen

Wurden bei Ihrem Kind folgende Untersuchungen durchgeführt?

☐ Hörpüfung Wann? Bei wem? _____

☐ Sehprüfung Wann? Bei wem? _____

☐ Sonografie Wann? Bei wem? _____

☐ CT Wann? Bei wem? _____

☐ MRT Wann? Bei wem? _____

☐ EEG Wann? Bei wem? _____

Gibt es Themen/Anliegen, die Sie **ohne Ihr Kind** mit uns ansprechen wollen?

☐ Nein ☐ Ja: _____

KINDERKLINIK
Fachklinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Chefarzt Dr. med. Fabian Kaßberger
Perinatologisches Zentrum
Sozialpädiatrisches Zentrum
Ärztliche Leiterin Dr. med. S. Knecht

ALB FILS KLINIKUM | 73006 Göppingen | PF 660

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm

Eichertstraße 3
73035 Göppingen

Zentrale: 07161. 64- 0
Durchwahl: 07161. 64- 8630

Einverständniserklärung

Bitte senden Sie diese Einverständniserklärung gemeinsam mit dem Fragebogen ausgefüllt an uns zurück.

Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der Schweigepflicht und sind freiwillig. Aus rechtlichen Gründen kann eine Vorstellung/Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum nur mit schriftlicher Einwilligung der Sorgeberechtigten erfolgen. Bei gemeinsamem Sorgerecht ist somit die Unterschrift beider Sorgeberechtigten notwendig.

Falls wir keine Einverständniserklärung erhalten sollten, wird zunächst nur ein Termin ohne Untersuchung des Kindes stattfinden.

Name Ihrer Tochter/Ihres Sohnes: _____

Geburtsdatum: _____

☐ **ICH** bin **alleine** sorgeberechtigt und mit der Vorstellung/Behandlung einverstanden:

_____	_____	_____
Name	Datum	Unterschrift

☐ **WIR** sind mit der Vorstellung/Behandlung einverstanden:
1. Sorgeberechtigter:

_____	_____	_____
Name	Datum	Unterschrift

2. Sorgeberechtigter:

_____	_____	_____