

## **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  
Anmeldeunterlagen SPZ GP

## 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 \_\_\_\_\_

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	<input type="checkbox"/>
Bei der Mutter	<input type="checkbox"/>
Beim Vater	<input type="checkbox"/>
Bei _____	

Bei getrenntlebenden Eltern: Welche Besuchsregelungen gibt es?

\_\_\_\_\_

Wer hat das Sorgerecht für das Kind?

Eltern gemeinsam

Mutter alleine

Vater alleine

Jugendamt

Zuständige/r Sachbearbeiter\*in: \_\_\_\_\_

Adoptiv-/Pflegeeltern

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? \_\_\_\_\_

Trotzen? \_\_\_\_\_

Krabbeln? \_\_\_\_\_

Frei Stehen? \_\_\_\_\_

Frei Sitzen? \_\_\_\_\_

Frei Gehen? \_\_\_\_\_

Erste Worte sagen? \_\_\_\_\_

„Ich“ sagen? \_\_\_\_\_

Erst kurze Sätze sagen? \_\_\_\_\_

„Fremdeln“? \_\_\_\_\_

Toilette/Töpfchen nutzen? \_\_\_\_\_

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)?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Puppen/Kuscheltiere  | <input type="checkbox"/> Playmobil/Lego                     | <input type="checkbox"/> Spielkonsole/Handyspiele |
| <input type="checkbox"/> Rollenspiele/Verkleiden  | <input type="checkbox"/> Treffen mit Freunden               | <input type="checkbox"/> Würfel-/Brettspiele      |
| <input type="checkbox"/> Malen  | <input type="checkbox"/> Outdoorspiele (Spielplatz, Garten) |   |
| <input type="checkbox"/> Basteln  | <input type="checkbox"/> Fernsehen/Videos schauen           |   |
| <input type="checkbox"/> Bücher (lesen/vorgelesen bekommen) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |   |   |
| <input type="checkbox"/> Verein/e besuchen  |   |   |

Welche/n? \_\_\_\_\_

### Angaben zu Therapien

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

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie, von-bis: _____  |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie, von-bis: _____  |
| <input type="checkbox"/> Logopädie, von-bis: _____   |
| <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre oder sonderpädagogische Frühförderung, von-bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lerntherapie, von-bis: _____  |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie, von-bis: _____  |
| <input type="checkbox"/> Hilfen zur Erziehung, von-bis: _____                                    |
| <input type="checkbox"/> 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?

Hörprüfung 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: \_\_\_\_\_

**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- 3392  
Telefax: 07161. 64- 1790

### **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:

\_\_\_\_\_