

KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Ärztliche Leiterin Dr. med. S. Knecht



ALB FILS KLINIKEN | 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

Für Ihre Unterlagen, bitte nicht zurücksenden

Sehr geehrte Familie,

Sie möchten Ihr Kind an 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 Ihrem Wissen und Ihrer Erfahrung 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

**KLINIK FÜR KINDER- UND
JUGENDMEDIZIN**

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM
Ärztliche Leiterin Dr. med. S. Knecht



ALB FILS KLINIKEN | 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

Fragebogen zur Entwicklung

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 zum Kind:

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Landkreis: _____

Festnetz-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Überweisender Kinderarzt: _____

Angaben zur Familie:

Name, Vorname des Vaters: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Adresse: wie Wohnadresse Kind
 abweichend: _____

Name, Vorname der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Adresse: wie Wohnadresse Kind
 abweichend: _____

Bei wem lebt das Kind? Eltern Mutter Vater Adoptiveltern
 Sonstiges: _____

Gegebenenfalls: Gibt es eine Besuchsregelung?

Wer hat das Sorgerecht? Eltern Mutter Vater Adoptiveltern
 Jugendamt; Zuständige/r: _____

Sonstiges: _____

Hat ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister Nein
 Ja Anzahl: _____

Alter: _____

War bereits ein Geschwisterkind hier im SPZ? Nein
 Ja Name: _____

Geburtsdatum: _____

Gibt es Wochentage, an denen Sie Termine bei uns nicht wahrnehmen können?

Nein Ja, und zwar: _____

Vorstellungsgrund

Welchen Grund haben Sie, uns Ihr Kind vorzustellen?

Auffälligkeiten/Probleme beim Kind in folgenden Bereichen (Mehrfachnennung möglich)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Entwicklung | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Schulische Leistungen |
| <input type="checkbox"/> Bewegung/Motorik | <input type="checkbox"/> Schlafen/Schreien | <input type="checkbox"/> Konzentration/Aufmerksamkeit |
| <input type="checkbox"/> Sprache/Sprechen | <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Emotionen | |
| <input type="checkbox"/> Wachstum/Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> Verhalten | |

Bitte genauer beschreiben: _____

Angaben zur Entwicklung

Schwangerschaft:

Gab es Auffälligkeiten? Nein Ja _____

Geburt (Angaben bitte aus dem Vorsorgeheft entnehmen)

Schwangerschaftswoche: _____ Spontan Kaiserschnitt

gravierende Komplikationen ? Nein Ja

Geburtsgewicht: _____ g; Länge: _____ cm

Kopfumgang: _____ cm; APGAR: _____

PH: _____

Entwicklungsdaten

In welchem Alter hat Ihr Kind angefangen,

- zu lächeln? _____
- nach Gegenständen zu greifen? _____
- zu sitzen? _____
- zu krabbeln? _____
- zu stehen? _____
- frei zu gehen? _____
- die ersten Wörter zu sagen? _____
- kleine Sätze zu bilden? _____
- „Ich“ zu sagen? _____
- zu fremdeln? _____
- sauber zu sein? _____
- zu trotzen? _____

Bestanden im 1. Lebensjahr Auffälligkeiten in einem der folgenden Bereiche?

- Ernährung: Nein Ja, und zwar: _____
- Schlaf: Nein Ja, und zwar: _____
- Schreien: Nein Ja, und zwar: _____
- Kontaktverhalten: Nein Ja, und zwar: _____
- Motorik: Nein Ja, und zwar: _____
- Sonstiges: _____

Kinderkrippen- /Kindergartenbesuch:

- Krippenbesuch / Tagesmutter: Nein Ja, ab _____ Jahren
- Auffälligkeiten/Schwierigkeiten: Nein Ja, und zwar: _____
- Kindergartenbesuch: Nein Ja, ab _____ Jahren
- Auffälligkeiten/Schwierigkeiten: Nein Ja, und zwar: _____

Schulische Entwicklung:

Besucht ihr Kind die Schule?

Nein geplant ab _____ Ja, seit _____

Einschulungsalter: _____

Zurückgestellt Nein Ja, weil _____

Klassenwiederholung:

Nein Ja; welche Klasse(n)? _____

Förderunterricht:

Nein Ja Fach: _____

Nachhilfe:

Nein Ja Fach: _____

Zusätzliche schulische Förderung zu Hause:

Nein Ja

Traten bisher Schulprobleme auf?

Nein Ja , und zwar _____

Aktuelle Schule: _____

Aktuelle Klasse: _____

Bisher besuchte Schulen: _____

Außerschulische Aktivitäten:

Womit beschäftigt sich ihr Kind gerne (Mehrfachnennung möglich)?

- Lesen Malen/Basteln Sport (z.B. Fußball, Schwimmen, Fahrrad)
 Puppen Lego/Playmobil Konsole/PC/Smartphone/Tablet/Fernsehen
 Rollenspiele Verabredungen Gesellschaftsspiele
 Sonstiges _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig an außerschulischen Aktivitäten teil (z.B. Sportverein, Musikunterricht,...)?

Nein

Ja , und zwar _____

Bisher erfolgte Förderung/Behandlung

Erfolgen aktuell oder erfolgten früher Behandlungen durch

Ergotherapie Nein Ja Zeitraum: _____

Anlass: _____

Logopädie Nein Ja Zeitraum: _____

Anlass: _____

Physiotherapie Nein Ja Zeitraum: _____

Anlass: _____

Psychotherapie Nein Ja Zeitraum: _____

Anlass: _____

Kinder-/Jugendpsychiater Nein Ja Zeitraum: _____

Anlass: _____

Lerntherapie Nein Ja Zeitraum: _____

Anlass: _____

Hilfen zur Erziehung Nein Ja Zeitraum: _____

Anlass: _____

SPZ Nein Ja Zeitraum: _____

Anlass: _____

Sonstige: Nein Ja Bezeichnung _____

Zeitraum: _____

Anlass: _____

Erkrankungen Ihres Kindes:

Letzte körperliche Untersuchung fand statt im Jahr _____

Gab es hierbei Auffälligkeiten?

Nein Ja , und zwar _____

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

Nein Ja , und zwar _____

Hat Ihr Kind orthopädische Erkrankungen?

Nein Ja , und zwar _____

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein?

Nein Ja , und zwar _____

Hatte Ihr Kind bereits Operationen?

Nein Ja , und zwar _____

Hatte Ihr Kind Krankenhausaufenthalte?

Nein Ja , und zwar _____

Wurden bereits folgende Untersuchungen bei Ihrem Kind durchgeführt?

Hörprüfung Nein Ja Wann? _____ Bei wem? _____

Sehprüfung Nein Ja Wann? _____ Bei wem? _____

Sonographie Nein Ja Wann? _____ Bei wem? _____

CT Nein Ja Wann? _____ Bei wem? _____

MRT Nein Ja Wann? _____ Bei wem? _____

EEG Nein Ja Wann? _____ Bei wem? _____

Erkrankungen in der Familie:

Familiäre körperliche und seelische Erkrankungen?

Nein Ja , und zwar _____

Ähnliche Erkrankungen wie die des Kindes in der Familie?

Nein Ja , und zwar _____

Gibt es etwas, das Sie ohne Ihr Kind mit uns besprechen 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 KLINIKEN | 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:

Datum Unterschrift