

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 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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Knecht', enclosed in a thin black rectangular border.

Dr.med. Knecht

Ärztliche Leiterin SPZ

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 _____

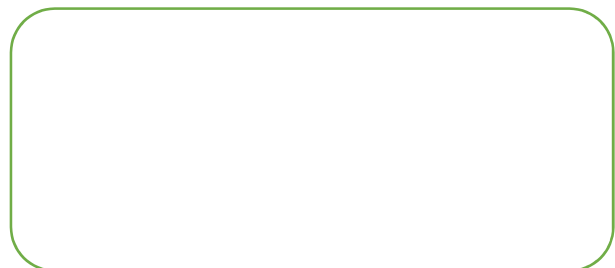
Mailadresse _____

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
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-/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? _____

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?

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: _____

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:
