

Fragebogen zur Erstanmeldung

Angaben zum Kind

Nachname: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
PLZ, Wohnort: _____ Straße: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Zuständiges Sozialamt/Jugendamt und Sachbearbeiter: _____

Wohnhaft bei: Vater Mutter Pflegeeltern Sonstige _____
Versichert bei: Vater Mutter Pflegeeltern Sonstige _____

1. Auf welchem Gebiet bestehen die Auffälligkeiten? (mehrere Nennungen möglich)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Entwicklungsrückschritte | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung | <input type="checkbox"/> Wutanfälle |
| <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung | <input type="checkbox"/> Konzentration | <input type="checkbox"/> Ablenkbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität | <input type="checkbox"/> Impulskontrollstörung |
| <input type="checkbox"/> Unruhezustände | <input type="checkbox"/> Lesen/Schreiben/Rechnen | <input type="checkbox"/> schul. Problematik/Kiga |
| <input type="checkbox"/> Sozialverhalten | <input type="checkbox"/> Tics | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> Zwangshandlungen | <input type="checkbox"/> Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> Hörvermögen |
| <input type="checkbox"/> Sehvermögen | <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Ernährung/Essverhalten |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten | <input type="checkbox"/> Sauberkeitsentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Fein-/Grob-/Graphomotorik | <input type="checkbox"/> Wahrnehmung | <input type="checkbox"/> Abhängigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Beziehung | <input type="checkbox"/> Emotionale Problematik | <input type="checkbox"/> Ängste |
| <input type="checkbox"/> Selbstverletzungsverhalten | <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Depression |

Ergänzungen/Erläuterung:

Angaben zur Familie

1. Angaben zu den Eltern/Betreuungspersonen

Bitte Unterlagen über Adoption, Pflegschaft, Vormundschaft oder Betreuung beifügen.

	Mutter	Vater	Betreuungspersonen (Pflegeeltern, Großeltern Lebensgefährte etc.)
Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum			
PLZ, Wohnort			
Straße, Hausnummer			
Telefon/Handy			
E-Mail			
Staatsangehörigkeit			
Erlerner Beruf			
Ausgeübter Beruf			
Krankenkasse			
Versicherungsnummer			

2. Familienstand der leibl. Eltern

- ledig verheiratet getrennt lebend geschieden
 eheähnliche Gemeinschaft verwitwet Sonstiges

2a.

Sind die Eltern des Kindes blutsverwandt?

- Nein Ja, wie? _____

3. Sorgeberechtigt

- Vater Mutter Pflegeeltern _____
 Jugendamt/Vormund _____ (bitte Namen angeben)

Gibt es eine regelmäßige Besuchsregelung?

4. Nennen Sie bitte die Namen aller Geschwister und Halbgeschwister Ihres Kindes (einschl. Patient, auch evtl. verstorbene Kinder)

Name	Geburtsdatum	Evtl. Bemerkungen

5. Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen/Auffälligkeiten oder chronische Erkrankungen schon in der Familie vorgekommen?

Erkrankung:	Familienzugehörigkeit/Verwandtschaftsverhältnis
Geistiger Entwicklungsrückstand	
Sehstörungen/Hörstörung	
Spastische oder andere Lähmungen	
Krampfanfälle (Epilepsie)	
Sprachproblematik	
Fehlbildungen	
Bewegungsstörungen	
psych. Erkrankungen / Suchterkrankung	
ADHS / Autismus	
Chron. Erkrankungen	
Asthma, Allergie, Ekzem	
Sonstiges	

Angaben zur Schwangerschaft und Geburt

1. Wievielte Schwangerschaft? _____

Vorausgegangene Aborte / Fehlgeburten? _____

unkompliziert

kompliziert durch: _____

2. Wo wurde das Kind geboren?

<input type="checkbox"/> im Krankenhaus Name und Anschrift der Klinik: 	<input type="checkbox"/> zu Hause
---	-----------------------------------

3. Geburt

Geburtstermin	Geburtsbeginn	Geburtsverlauf	Geburtslage
<input type="checkbox"/> termingerecht <input type="checkbox"/> ____SSW <input type="checkbox"/> vorz. Blasensprung	<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> Einleitung <input type="checkbox"/> Sectio <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Vakuumextraktion <input type="checkbox"/> Zange <input type="checkbox"/> Nebelschnurumschlingung <input type="checkbox"/> path. CTG <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Schädellage <input type="checkbox"/> Beckenlage <input type="checkbox"/> Gesichtslage <input type="checkbox"/> Querlage <input type="checkbox"/> _____

4. Geburtsdaten

Gewicht: _____

Länge: _____

Kopfumfang: _____

Apgar-Index: _____

Nabelschnur-Ph: _____

5. Angaben zu den ersten Lebenstagen

Anpassung nach der Geburt? Erhielt es Sauerstoff? Hatte es eine Gelbfärbung?

6. Wurde Ihr Kind nach der Entbindung verlegt? Bitte Befundkopie beifügen.

Warum? _____

In welche Klinik? _____

Aufenthaltsdauer: _____

Angaben zur Entwicklung des Kindes im Säuglings- und Kindesalter

(Bitte bringen Sie das gelbe Untersuchungsheft mit)

1. Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenswochen eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?

- Blutgerinnungsstörung Gelbsucht Infektionen
 Blutgruppenaustauschtransfusion Krämpfe Erbrechen
 Atemstörungen Trinkschwäche Fieber
 Sonstiges _____

2. Wurde Ihr Kind gestillt?

- Nein
 Ja Wie lange? _____
Ergänzungen: _____

3. Wer betreute das Kind überwiegend im

1. Lebensjahr: _____
anschließend: _____
Bemerkungen: _____
Kindergarten ab dem Alter von: _____
halbtags ganztags

4. Zu welchem Zeitpunkt konnten Sie erstmal (etwa) nachfolgende Fähigkeiten beobachten?

	Monat		Monat
Lächeln		Greifen	
Drehen		Krabbeln	
Freies Sitzen		Freies Laufen	
Erste Worte		Erste Sätze	
Sauber am Tag		Sauber in der Nacht	

Ergänzungen:

Medizinische Krankengeschichte

1. Gehen Sie mit Ihrem Kind regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung?

Ja Nein

Ergänzungen, Komplikationen?

2. Hat ihr Kind chronische Erkrankungen?

3. Hat ihr Kind Nahrungsmittelunverträglichkeiten / Allergien?

4. Stationäre Behandlungen / Operationen? Bitte Befundkopie beifügen.

Ja Nein

Krankenhaus	Datum: Anfang - Ende	Anlass

5. Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja Nein

Medikament	Dosierung	Seit wann?

6. Hat ihr Kind Hilfsmittel?

Brille Hörgerät Rollstuhl Rollator Stehständer
 Schuheinlagen Orthesen Spezialbett Sonstiges _____

**7. Bisherige oder laufende Therapien/Behandlungen? (mehrere Nennungen möglich)
Bitte Befundkopie beifügen.**

- Psychologie Ergotherapie Logopädie
 Physiotherapie Frühförderung Sonstiges _____

Name des Therapeuten/ Praxis	Datum: Anfang - Ende	Anlass

8. Bisherige Untersuchungen. Bitte Befundkopie beifügen.

Untersuchungen	Wann zuletzt	Einrichtung Name und Ort	Ergebnis
Hörtest			
Sehprüfung			
Blutentnahme			
Röntgen			
Computertomografie			
Kernspintomografie			
Ultraschall			
EEG			
Ultraschall der Hüfte			
Sonstiges			

9. Welchen Ärzten haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt? Bitte Befundkopie beifügen.

Ärzte	Name, PLZ, Ort,	Wann?
Kinderarzt		
Kinder- und Jugendpsychiater		
Neurologe		
Augenarzt		
Orthopäde		
Hals-, Nasen-, Ohrenarzt		
Hausarzt		
Weitere Ärzte		

Bekannte Diagnosen

10. Wurde Ihr Kind nach Empfehlung des Kinderarztes (STIKO) geimpft?

Bitte bringen Sie den Impfpass mit.

Ja Nein

Gab es Komplikationen?

11. Vegetative Funktionen (mehrere Nennungen möglich)

- Stuhlgang regelmäßig Verstopfung
 Urinausscheidung unauffällig Einkoten/Einnässen
 keine Einschlaf-/Durchschlafprobleme Schlafwandeln
 Esssituation problemlos Anzahl der Mahlzeiten _____

Sonstiges: _____

12. Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Mutter Vater _____ Datum: _____

13. Auf wessen Initiative haben Sie bei uns einen Termin vereinbart?

Eigeninitiative Schule Kindergarten Haus-/Kinderarzt Jugendamt

Unterschrift Sorgeberechtigten