

Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum				
Derzeitiger Wohnort: Straße, PLZ / Ort Landkreis				
Telefon & E-Mail / Fax (bitte vollständig angeben!)				
Krankenversicherung			<input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> privat	
	Name (Vater)		Geb.-Dat.:	
	Name (Mutter)		Geb.-Dat.:	
Hauptversicherter				
Überweisender Arzt	Name:			
	Adresse:			
Wer hat das Sorgerecht?	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Sonst.(Vormund, Pflegeeltern o. ä. Ansprechpartner/Adresse):
Bei wem lebt das Kind?	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Sonst. (Ansprechpartner/Adresse):
Bezugsperson	<input type="radio"/> spricht deutsch	<input type="radio"/> Spricht englisch	<input type="radio"/> bringt Übersetzer mit	

Fragestellung des überweisenden Kinderarztes:

Stempel des Kinderarztes

Von den Eltern auszufüllen:

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

Welche Hilfen wünschen Sie sich?

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind bereits in Betreuung eines anderen Sozialpädiatrischen Zentrums?

- Nein
 Ja, Welches?

Wir benötigen einige Angaben zur aktuellen Situation und über die bisherige Entwicklung Ihres Kindes:

Falls bei Ihrem Kind chronische Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen:
Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten an anderer Stelle bereits untersucht.

Nein Ja

Wann? _____ Wo? _____

Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?

(Bitte legen Sie Kopien der Arztberichte, Röntgen, MRT-Bilder etc. bei)

Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?

Ist Ihr Kind mit einem/ mehreren Hilfsmittel(n) versorgt?

Ja, und zwar _____ Nein

Hat Ihr Kind epileptische Anfälle?

Ja, zuletzt _____ Nein
wie häufig _____
wie lange _____

Medikation

Bekommt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?

- Nein
 Ja, welche?
-
-

Erhält Ihr Kind eine spezielle Diät oder Ernährung?

- Hypoallergen Vegan Sonst.:

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden? Wann?

- Nein
 Ja, welche?

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien? Wenn ja, seit wann und wie oft?

Seit bzw. von - bis Wie oft?

Physiotherapie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja		
Ergotherapie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja		
Logopädie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja		

Physiotherapie

Angaben wenn verfügbar:

- Art der Physiotherapie
- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Bobath | <input type="radio"/> Vojta | <input type="radio"/> Sonstige: |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Name der Einrichtung/ Praxis

Adresse

Telefon

Therapeut/-in

Ergotherapie

Name d. Einrichtung/ Praxis

Adresse

Telefon

Therapeut/-in

Logopädie

Name der Einrichtung/ Praxis

Adresse

Telefon

Therapeut/-in

Werden noch andere als die aufgeführten Therapien durchgeführt?

(z.B. Heilpädagogik, Psychotherapie, Reittherapie, Musiktherapie o.ä.; bitte beschreiben)

Fördersituation

Bekommt Ihr Kind Frühförderung? Nein Ja, seit _____ geplant ab _____

Name der Frühförderstelle

Name der Frühförderstelle	
Adresse	
Telefon	
Ansprechpartner	

Besuch einer Krippe/eines Kindergartens? Nein Ja, seit _____ geplant ab _____

Name d. Kindergartens/der Krippe

Art des Kindergartens/ der Krippe

Name d. Kindergartens/der Krippe	
Art des Kindergartens/ der Krippe	<input type="radio"/> regulär <input type="radio"/> integrativ <input type="radio"/> heilpädagogisch
Adresse	
Telefon	
Ansprechpartner	

Gab es in der Krippe/im Kindergarten Probleme?

Steht ein Wechsel der Krippe/des Kindergartens an?

O Ja. Wann? O Nein

Wohnt Ihr Kind in einem Internat oder in einer Einrichtung? Ja Nein

Name der Einrichtung

Name der Einrichtung	
Adresse	
Telefon	
Ansprechpartner	

Einschulung/Schule

Besucht Ihr Kind die Schule? Nein Ja, seit _____ geplant ab _____

Name d. Schule:

Schulart (Regel-, Inklusions-, Förderschule L, G, E):

Adresse:

Telefon:

Lehrer/in:

Klasse:

Besuch eines Horts? Nein Ja, seit _____ geplant ab _____

Name d. Horts:

Art des Horts: regulär, integrativ oder heilpädagogisch?:

Adresse:
Telefon:
Ansprechpartner:

Gab/Gibt es in der Schule/im Hort Probleme?

Hilfen für die Familie

Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?

Familienentlastender Dienst Sozialpädagogische Familienhilfe/Unterstützung Jugendamt Häusliche Krankenpflege Haushaltshilfe/Nachbarschaftshilfe Sonstige Hilfen:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
--	---

Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld im Rahmen der Pflegeversicherung?

Pflegegeld	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> beantragt
Pflegegrad			

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen?

Schwerbehindertenausweis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> beantragt		
Grad der Behinderung	<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 60	<input type="radio"/> 70	<input type="radio"/> 80	<input type="radio"/> 90
Merkzeichen	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> H	<input type="radio"/> aG	<input type="radio"/> G	

Angaben zu Vorgeschichte und Umfeld Ihres Kindes:

**Hat Ihr Kind
Geschwister/Halbgeschwister/Pflegegeschwister?**

Vorname: _____ **Geburtsjahr:** _____ **Biologisch/
Adoptiv/
Pflege:** _____

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie (Eltern, Großeltern und Geschwister)?

Schwangerschaft und Geburt

Gab es vorausgegangene oder nachfolgende Fehlgeburten oder Totgeburten?

- Ja, im Jahr _____, im _____ Schwangerschaftsmonat. Nein

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

- Blutungen Nein
 schweres Erbrechen
 Unfälle/Operationen
 Bluthochdruck
 fieberhafte Erkrankungen
 vorzeitige Wehen
 wenig Kindsbewegungen
 Fruchtwasser zu wenig/zu viel (Zutreffendes bitte einkreisen)
 seelische Belastungen, beruflicher Stress
 Alkohol
 täglich ___ Zigaretten
 andere Drogen
 Medikamente, welche? _____

 sonstige Komplikationen: _____

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?

- Ja
 Nein, Schwangerschaftswochen (SSW)

Die Geburt erfolgte

- zu Hause
 im _____ Krankenhaus in _____

Gab es bei der Geburt Besonderheiten oder Komplikationen?

- Mehrlingsgeburt Nein
 Beckenendlage
 Auffälligkeiten der kindlichen Herztöne
 Kaiserschnittentbindung
 Saugglocke / Zange
 grünes Fruchtwasser
 besonders lange Geburt
 besonders schnelle Geburt
 andere: _____

Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?

5 Minuten 10 Minuten ph-Wert

Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

..... Gramm cm lang Kopfumfang bei Geburt:..... cm.

Zur Neugeborenenzzeit (die ersten 4 Lebenswochen):

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden

 Ja, in Nein.

Dauer des Aufenthalts:

War Ihr Kind auffällig gelb?

 Ja. Nein.

Musste Ihr Kind beatmet werden?

 Ja. Nein.

Gab es in den ersten Lebenswochen Trinkprobleme?

 Ja. Nein.

Gab es sonstige besondere Krankheiten in den ersten Lebenswochen?

 Ja. Nein.

Sondierung:

Machte Ihnen in den ersten Lebenswochen sonst etwas Sorgen?

- Bewegungsarmut Nein
- Unruhe
- häufiges Spucken
- Schieflagen, Asymmetrien
- Anfälle
- Schreckhaftigkeit
- häufiges Schreien
- Ein-/Durchschlaf Schwierigkeiten
- Koliken/Bauchprobleme
- geringe Ansprechbarkeit
- Sonstiges

Impfungen Ihres Kindes Ja, nach Plan. (Bitte Impfpass zum Erstermin mitbringen - Danke) Nein. Spezielle Impfungen (z.B. RSV, Rota.....)

Besondere Reaktionen auf die Impfung?

- Nein.
 - Ja (bitte beschreiben!)
-

Wie verlief die Entwicklung? (so gut Sie sich noch erinnern)**Meilensteine der Entwicklung**

Folgende wichtige Entwicklungsschritte wurden von Ihrem Kind in welchem Alter erreicht ?

Freies Sitzen (wenn hingesetzt)Monate

Hochziehen zum StandMonate

Erste freie SchritteMonate

Erste sinnbesetzte WörterMonate

Sauberkeitsgewöhnung: sauber..... Jahre
trocken..... Jahre

Radfahren ohne StützenJahre

Stärken und Schwächen Ihres Kindes**Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders gut?**

Was fällt Ihrem Kind schwer und in welchen Situationen?

Spiel und Verhalten

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne und wie?

Gibt es Schwierigkeiten bei Grenzsetzung, Wunschversagung, Aufforderungen, mit Geschwistern,.....sonstige Probleme?

Wir können erst Termine vergeben, wenn uns alle benötigten Unterlagen vollständig vorliegen – bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- Termin mit der/den Sorgeberechtigten
- Bestallungsurkunde
- Bescheid über Gesundheitsfürsorge
- Vollmacht vom Sorgeberechtigen für die Vorstellung bei uns
- Geburtsbericht
- Kopie U-Heft bis U3
- Bisherige Diagnostik: Arzt-/Krankenhausbriefe, psychologische Diagnostik, genetische Diagnostik, Therapieberichte etc.

Bitte senden Sie die obigen Unterlagen per Mail an ispz.kim@med.uni-muenchen.de oder per Post an: KiM-Ambulanz, Lindwurmstr. 4, 80337 München

Datum, Unterschrift (Sorgeberechtigte/r) und Name in Druckbuchstaben