

Anmeldung KiM

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Derzeitiger Wohnort:

Straße, PLZ / Ort

Landkreis

Telefon & E-Mail / Fax

(bitte vollständig angeben!)

Krankenversicherung

☐ Beihilfe

☐ privat

Name (Vater)

Geb.-Dat.:

Name (Mutter)

Geb.-Dat.:

Hauptversicherter

Überweisender Arzt

Name:

Adresse:

Wer hat das Sorgerecht?

☐ Eltern

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Sonst. (Vormund, Pflegeeltern o. ä. Ansprechpartner/Adresse):

Bei wem lebt das Kind?

☐ Eltern

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Sonst. (Ansprechpartner/Adresse):

Bezugsperson

☐ spricht deutsch

☐ Spricht englisch

☐ 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

Adresse

Telefon

Ansprechpartner

Besuch einer Krippe/eines Kindergartens?

☐ Nein ☐ Ja, seit

☐ geplant ab

Name d. Kindergartens/der Krippe

Art des Kindergartens/ der Krippe

☐ regulär

☐ integrativ

☐ heilpädagogisch

Adresse

Telefon

Ansprechpartner

Gab es in der Krippe/im Kindergarten Probleme?

Steht ein Wechsel der Krippe/des Kindergartens an?

☐ Ja. Wann? ☐ Nein

Wohnt Ihr Kind in einem Internat oder in einer Einrichtung?

☐ Ja

☐ Nein

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	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sozialpädagogische Familienhilfe/Unterstützung Jugendamt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Häusliche Krankenpflege	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haushaltshilfe/Nachbarschaftshilfe	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstige Hilfen:	<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	<input type="radio"/> 100
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 Neugeborenenzeit (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

☐ Schiefhaltungen, Asymmetrien

☐ Anfälle

☐ Schreckhaftigkeit

☐ häufiges Schreien

☐ Ein-/Durchschlafschwierigkeiten

☐ Koliken/Bauchprobleme

☐ geringe Ansprechbarkeit

☐ Sonstiges

Impfungen Ihres Kindes

☐ Ja, nach Plan. (Bitte Impfpass zum Ersttermin 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 hingesezt)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
- ☐ Bestattungsurkunde
- ☐ Bescheid über Gesundheitsfürsorge
- ☐ Vollmacht vom Sorgeberechtigten 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