

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

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

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?**

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?**

<b>Hilfen für die Familie</b>
-------------------------------

**Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?**

Familiententlastender 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		

<b>Angaben zu Vorgeschichte und Umfeld Ihres Kindes:</b>
----------------------------------------------------------

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

<b>Vorname:</b> _____	<b>Geburtsjahr:</b> _____	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 Stand .....Monate
- Erste freie Schritte .....Monate
- Erste sinnbesetzte Wörter .....Monate
- Sauberkeitsgewöhnung:      sauber..... Jahre  
                                         trocken..... Jahre
- Radfahren ohne Stützen      .....Jahre

**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](mailto:ispz.kim@med.uni-muenchen.de) oder per Post an: KiM-Ambulanz, iSPZ Hauner MUC, Lindwurmstr. 4, 80337 München**

---

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