

Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum				
Derzeitiger Wohnort: Straße, PLZ / Ort				
Landkreis				
Telefon & E-Mail / Fax (bitte vollständig angeben!)				
Krankenversicherung				<input type="radio"/> Beihilfe <input type="radio"/> 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): Telefon & E-Mail des Vormundes:
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 (Sprache:	

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?

Hilfen für die Familie

Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?

Familientlastender 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

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?

Weitere fachbereichsspezifische Informationen:

1. Familie:

- **Sind die Eltern des Patienten bekannt?**

- Ja
- Nein (Grund): _____

Wenn ja, bitte ausfüllen:

Ethnizität der leiblichen Eltern:

Körpergröße: Mutter: _____ Vater: _____

Kontaktdaten der leiblichen Eltern (Wichtig: E-Mail-Adresse, Tel. Nr.)

2. Sozialanamnese:

- **Unterstützung der Familie durch die Jugendhilfe?**

- Ja
- Nein

Wenn ja, bitte angeben:

Kontakt SBH / Jugendamt (z. B. Sachbearbeiter*in):

Tel.: _____

E-Mail: _____

- **Sorgerecht:**

Allgemeines Sorgerecht: bitte ausfüllen auf Seite 1

Medizinische Sorge:

- Mutter
- Vater
- Vormund (Ansprechpartner / Kontaktdaten): _____
- Pflegefamilie
- Adoptivfamilie

3. Schwangerschaft:

- **Unterstützung der Familie durch Jugendamt/Sozialbürgerhaus/Landratsamt *während der Schwangerschaft?***

- Ja
- Nein

Wenn ja, Name Ansprechpartner: _____

- **Informationen zu Substanzeinnahme während der Schwangerschaft (wenn ja, welche, z.B. Alkohol, Zigaretten, Drogen, Medikamente etc.)**

Bitte mit Angabe, von wem diese Informationen stammen (leibliche Mutter, leiblicher Vater, sonstige Familienangehörige der Herkunftsfamilie, Behörde, Arzt/Klinik)

4. Biographie des Kindes/Jugendlichen:

- **Auflistung der bisherigen Betreuungen/Unterbringungen des Kindes mit Dauer des Aufenthaltes, Daten und Grund für Wechsel:**

Dauer des Aufenthaltes	Betreuungsort (z.B. Herkunftsfamilie, Bereitschaftspflege, Langzeitpflege, Heim, Jugendhilfeeinrichtung etc.)	Grund für Unterbringungswechsel

- **Aktueller Wohnort:**

- **Wer wohnt dort noch?**

- **Ist geplant, dass das Kind dort bleibt?**

- Ja
- Nein

- **Kindergarten/Schule:**

Ansprechpartner, Förderung: _____

Leistungen & geplanter Abschluss:

Geplante Ausbildung:

6. Bisherige Diagnostik:

Bitte knappe chronologische Auflistung der medizinischen, psychologischen und FASD-Diagnostik:

Diagnostik	Wann	Untersuchende Institution/Klinik/SPZ mit Ort	Ergebnis-Zusammenfassung inkl. gestellter Diagnosen
Medizinische			

Psychologische			
FASD			
Sonstige			

7. Auftrag:

- Wer hat die Vorstellung im iSPZ Hauner initiiert?

- Wer begleitet das Kind/Jugendlichen zum iSPZ Hauner?

- Was ist Ihr genaues Anliegen?

- Wird ein Gutachten für einen Kostenträger benötigt?

- Ja
- Nein

Wenn ja, wofür und für welchen Kostenträger? _____

8. Checkliste der Unterlagen, die Sie uns bitte vorab zuschicken (falls zutreffend für Ihr Kind):

- Bestattungsurkunde
- Bescheid über Gesundheitsfürsorge
- Vollmacht für die Vorstellung bei uns
- Falls Pflege-/Adoptiv-/Jugendhilfe-Betreuung:
 - schriftliche Bestätigung der biologischen Mutter über Alkoholexposition in der Schwangerschaft, mit Datum und Unterschrift - falls nicht möglich, bitte nochmalige Nachfrage beim zuständigen Vormund/Jugendamt und deren schriftliche Bestätigung- falls nicht möglich Kontaktdaten der biologischen Mutter oder anderer Familienangehörigen der Herkunftsfamilie
 - offizielle Bestätigung der pränatalen Alkoholexposition (z.B. Arztbrief, Behördenbrief oder Ähnliches)
 - vorherige Bestätigungswege alle vollzogen, aber keine Information über pränatale Alkoholexposition erhältlich
- Geburtsbericht
- Kopie U-Heft bis U3
- Bisherige Diagnostik, insbes. Arztbriefe, psychologische Diagnostik, FASD-Diagnostik, Genetik
- Fotos aus der Baby- und Kinderzeit zur Beurteilung der Gesichtsmerkmale (neutraler Gesichtsausdruck, z.B. nicht-lächelnd oder schlafend)
- Letzte Zeugnisse und Therapieberichte

Wir vergeben erst Termine, wenn uns alle benötigten Unterlagen (soweit möglich) vollständig vorliegen.

Bitte senden Sie die Unterlagen per Mail an KIND.ISPZ.TESS@med.uni-muenchen.de

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r und Name in Druckbuchstaben