

Name, Vorname des Kindes			
Geburtsdatum			
PLZ, Wohnort, Straße			
Landkreis			
Telefon / Fax / E-Mail			
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.:
Bei wem lebt das Kind?	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Sonst.:
Bezugsperson spricht	<input type="radio"/> Deutsch	<input type="radio"/> Englisch	<input type="radio"/> benötigt Dolmetscher

**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? Wann zuletzt?

**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 \_\_\_\_\_

**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

**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			

**Wohnt Ihr Kind in einem Internat oder in einer Einrichtung?**

Ja

Nein

Name der Einrichtung	
Adresse	
Telefon	
Ansprechpartner	

**Gab/Gibt es in der Krippe/im Kindergarten Probleme**

**Steht ein Wechsel der Krippe/des Kindergartens an?**

Ja. Wann? .....  Nein

**Einschulung/Schule**

**Besucht Ihr Kind die Schule?**

Nein  Ja, seit

geplant ab

Name d. Schule:
Schulart:
Adresse:
Telefon:
Lehrer/in:
Klasse:

**Besuch eines Hortes?**

Nein  Ja, seit

geplant ab

Name d. Hortes			
Art des Hortes	<input type="radio"/> regulär	<input type="radio"/> integrativ	<input type="radio"/> 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			
Landespflegegeld	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> beantragt

**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	<input type="radio"/> RF	

## Angaben zu Vorgeschichte und Umfeld Ihres Kindes:

Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsjahr: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

## 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.

**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?

- Greifen .....Monate
- Freies Sitzen (wenn hingesezt) .....Monate
- Hochziehen zum Stand .....Monate
- Fortbewegung durch Robben/Krabbeln.....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 (bitte genauer beschreiben)?**

**Was fällt Ihrem Kind schwer und in welchen Situationen (bitte genauer beschreiben)?**

### **Spiel und Verhalten**

**Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne und wie (bitte genauer beschreiben)?**

**Gibt es Schwierigkeiten bei Grenzsetzung, Wunschversagung, Aufforderungen, mit Geschwistern ... sonstige Probleme (bitte genauer beschreiben)?**

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten.

Datum, Unterschrift