varisano
Klinikum Frankfurt Höchst

Inklusives Zentrum
SPZ, ATZ, MZEB

Sozialpädiatrisches Zentrum | SPZ
Ärztliche Leitung
Cornelia Dehm
Dr. Melanie Schultz

Online-Fragebogen

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind zur Untersuchung in unserem SPZ anmelden. Senden Sie uns bitte den Fragebogen vollständig ausgefüllt zurück. Nach Eingang der Unterlagen werden wir uns bei Ihnen melden.

Vielen Dank! Ihr SPZ-Team Frankfurt Höchst

Vom behandelnden Kinderarzt auszufüllen, <u>wenn gesetzlich versichert</u>

Praxisstempel	Diagnose(n) / Überweisungsgrund
	Fragestellung(en)

Angaben zu Ihrem Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Muttersprache(n): _____

Geburtsland / Staatsangehörigkeit: _____

Krankenkasse: _____

Hauptversicherter: _____

Wer hat die Vorstellung / Untersuchung Ihres Kindes empfohlen / veranlasst?

_____

Mit welcher Frage kommen Sie zu uns? Was ist der Vorstellungsgrund

_____

_____

_____

Seit wann bestehen die Probleme? _____

Wurde Ihr Kind deshalb schon anderweitig vorgestellt / untersucht / behandelt? (Vorbefunde bitte mitschicken)

☐ ja ☐ nein Wann? _____ Wo? _____

Fragen zur Familie:

	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ Wohnort		
Beruf/Schulbildung		
Herkunftsland		
Telefon-Nr. (tagsüber)		

Familienstand der Eltern ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ Lebensgemeinsch.

Verwandtenehe ☐ nein ☐ ja

Kindschaftsverhältnis ☐ leibliches Kind ☐ Adoptivkind ☐ Pflegekind

Geschwister des Kindes:

	Vorname	Geburtsdatum	Schulart/Klasse	Besondere Probleme und Krankheiten	Patient im SPZ Frankfurt Höchst?
1					☐ ja ☐ nein
2					☐ ja ☐ nein
3					☐ ja ☐ nein

Sind chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten (z.B. Epilepsie, Schilddrüsenerkrankungen, Zuckerkrankheit, Allergien, Lernstörungen, psychische Erkrankungen, Behinderungen) in der eigenen Familie bekannt?

☐ ja ☐ nein Welche? _____

Fragen zur Schwangerschaft und Geburt:

Spontan entstandene Schwangerschaft ☐ Künstliche Befruchtung ☐ Hormontherapie ☐

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

☐ Erkrankungen / Infektionen ☐ Medikamente _____ ☐ Zigaretten (__ Stk. / Tag)

☐ Alkohol / Drogenkonsum ☐ Sonstiges: _____

Die Geburt erfolgte ☐ zu Hause ☐ im Krankenhaus Wo? _____

Die Geburt erfolgte in der Schwangerschaftswoche: _____

Gab es Komplikationen bei der Geburt? ☐ ja ☐ nein

Welche? _____

Fragen zur Ernährung:

Wurde Ihr Kind gestillt? ☐ ja ☐ nein Wie lange? _____

Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Trinken? ☐ ja ☐ nein

Anhaltendes Schreien / „Schreikind“? ☐ ja ☐ nein Wie viele Std. am Tag? __

Fragen zu Vorerkrankungen:

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Welche? _____

Ist eine Allergie/Medikamentenunverträglichkeit bekannt? ☐ ja ☐ nein Welche? _____

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher?
☐ Ohrenentzündungen
☐ Fieberkrampf
☐ Sonstige
Welche? _____

War Ihr Kind schon über Nacht im Krankenhaus? ☐ ja ☐ nein

Wo? _____

Weshalb?

_____

Wann? _____

Wurde Ihr Kind schon operiert? ☐ ja ☐ nein

Weshalb? _____

Gab es Auffälligkeiten in Voruntersuchungen (Sehtest, Hörtest, cMRT, EEG, …)?

☐ ja ☐ nein

Welche? _____

_____

Hat Ihr Kind alle empfohlenen Impfungen? ☐ ja ☐ nein

Fragen zur Entwicklung: In welchem Alter konnte Ihr Kind

Sie anlächeln	_____	Erste Worte sprechen	_____
Greifen	_____	Zwei-Wort-Sätze	_____
Krabbeln	_____	Sich alleine an-/ausziehen	_____
Frei gehen	_____	Radfahren ohne Stützräder	_____

Ohne Windel trocken bleiben: tagsüber_____ nachts _____

(nach abgeschlossener Sauberkeitserziehung)

Schwimmen ohne Schwimmhilfe: _____

Womit spielt Ihr Kind am liebsten? _____

Hat Ihr Kind regelmäßige Freizeitaktivitäten / besucht es Vereine? ☐ ja ☐ nein

Welche? _____

Kann es sich alleine beschäftigen? ☐ ja ☐ nein

Wie lange? _____ Womit?_____

Spielt Ihr Kind mit Gleichaltrigen? ☐ ja ☐ nein

Wieviel Bildschirmzeit hat Ihr Kind (Handy, Fernsehen, Tablet, Konsole)? _____ Std. / Tag

Schlaf:

Hat Ihr Kind Schlafstörungen? ☐ ja ☐ nein

Probleme beim: ☐ Einschlafen ☐ Durchschlafen ☐ hat Alpträume

Verhalten:

Ist Ihr Kind im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern:

☐ ängstlicher ☐ selbständiger ☐ trauriger ☐ unruhiger/zappeliger ☐ wütender

Welche Stärken hat Ihr Kind / was kann es richtig gut?

_____

_____

Wer versorgt das Kind überwiegend? ☐ Mutter ☐ Vater ☐andere _____

Kindergarten / Schule / Hort

Besucht(e) Ihr Kind einen Kindergarten? ☐ ja ☐ nein Welchen? _____

Welche Schule besucht Ihr Kind? ☐ Grundschule ☐ Hauptschule ☐ Realschule

☐ Gymnasium ☐ andere Welche? _____

In welcher Klasse ist Ihr Kind? _____

Hat Ihr Kind ein Schuljahr wiederholt oder die Vorklasse besucht? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie mit der schulischen Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? ☐ ja ☐ nein

Besucht Ihr Kind einen Hort / eine Betreuung? ☐ ja ☐ nein Welchen? _____

Nimmt/ nahm Ihr Kind einen Integrationsplatz in Anspruch? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo? ☐ im Kindergarten ☐ in der Schule ☐ im Hort

Hat Ihr Kind eine Teilhabeassistenz? ☐ ja ☐ nein

Fragen zur bisherigen Therapie:

Hat / hatte Ihr Kind folgende Therapien?

Art	Name des Therapeuten	Zeitraum
Frühförderung		
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie/Sprachtherapie		
Psychotherapie		
Jugendamt/Familienhilfe		
Sonstige Therapien		

Erfolgte eine Hilfsmittelversorgung? ☐ ja ☐ nein

Womit? ☐ Brille ☐ Hörgerät ☐ Gehhilfe ☐ Rollstuhl ☐ Einlagen

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis? ☐ ja ☐ nein

Grad der Behinderung _____ Merkzeichen: _____

Beziehen Sie Pflegegeld? ☐ ja Pflegegrad ____ ☐ nein

Wichtige Informationen:

Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

_____

_____

_____

_____

Emailadresse für Eingangsbestätigung (leserlich in Druckbuchstaben):

_____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von _____

Datum und Unterschrift: _____

Bitte schicken Sie ggf. relevante Vorbefunde mit!

Bitte bringen Sie zum ersten Termin folgende Unterlagen mit:
Vorbefunde, Mutterpass, gelbes Vorsorgeheft, Impfpass, Schulzeugnisse

HZ Arzt