varisano
Klinikum Frankfurt Höchst

Inklusives Zentrum
SPZ, ATZ, MZEB

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

Online-Fragebogen für Säuglinge (bis 1 Jahr)

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)

<u>Von der Familie auszufüllen:</u>

Angaben zu Ihrem Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Geburtsland: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Muttersprache(n): _____

Geburtsland / Staatsangehörigkeit: _____

Krankenkasse: _____

Hauptversicherter: _____

Fragen zur Familie:

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

Familienstand der Eltern: ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ Lebensgemeinsch.

Verwandtenehe: ☐ ja ☐ nein

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

Fehlgeburten der Mutter? ☐ ja ☐ nein

Sind in der Familie Bewegungsstörungen bekannt? ☐ ja ☐ nein

Krampfleiden / Epilepsie? ☐ ja ☐ nein

Missbildungen / Entwicklungsverzögerungen? ☐ ja ☐ nein

Stoffwechselerkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Allergien? ☐ ja ☐ nein

Häusliches Milieu (Wohnung): _____

Fragen zu 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? _____

Geburt: ☐ spontan ☐ Saugglocke ☐ Kaiserschnitt

Apgar-Index: ___ / ___ / ___ Nabelschnur-pH: _____

Geburtsgewicht _____ Körperlänge _____ Kopfumfang _____

Fragen zur Ernährung:

Wird / wurde Ihr Kind gestillt? ☐ ja ☐ nein Wie lange? _____

Erhält es Flaschennahrung? Wenn ja, welche_____

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? _____

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

Wann? _____

Weshalb? _____

Wo? _____

Wurde Ihr Kind schon operiert? ☐ ja ☐ nein

Weshalb? _____

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

☐ ja ☐ nein

Welche? _____

_____

Hat Ihr Kind alle empfohlenen Impfungen? ☐ ja ☐ nein

Bisherige Therapie

Befindet / befand sich Ihr Kind in Therapie?

Art	Name des Therapeuten	Zeitraum
Physiotherapie		
Sonstige		

Bitte füllen Sie den Fragebogen soweit möglich vor der Untersuchung aus, offengebliebene Fragen ergänzen wir gerne bei der Erstvorstellung!

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

HZ Arzt