



Sozialpädiatrisches Zentrum  
14.2.25/GRU/393



**varisano**

Klinikum Frankfurt Höchst

**Inklusives Zentrum  
SPZ, ATZ, MZEB**

**Sozialpädiatrisches Zentrum | SPZ**  
Chefärztin Dr. med. Mechthild Pies

## 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, wenn gesetzlich versichert

Praxisstempel	Diagnose(n) / Überweisungsgrund
	Fragestellung(en)

### Von der Familie auszufüllen:

#### Angaben zu Ihrem Kind:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsland: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Muttersprache(n): \_\_\_\_\_

Geburtsland / Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

#### **Inklusives Zentrum | Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Dr. med. Mechthild Pies**

Klinikum Frankfurt Höchst GmbH Gotenstraße 6-8 65929 Frankfurt am Main T 069 3106-0 F 069 3106-3030

info-frankfurt@varisano.de www.varisano.de/klinikum-frankfurt-hoechst

Geschäftsführung: Dr. med. Patrick Frey, Michael Osypka USt-IdNr.: DE 815124730 Amtsgericht: Frankfurt am Main HRB 77741

Sitz: Frankfurt am Main Frankfurter Sparkasse IBAN: DE19 5005 0201 0000 6010 05 BIC: HELADEF1822

Ein Unternehmen des Klinikverbundes Frankfurt-Main-Taunus

**Fragen zur Familie:**

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

Familienstand der Eltern:  verheiratet  getrennt  Lebensgemeinschaft.

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					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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



**Inklusives Zentrum**  
**SPZ, ATZ, MZEB**

**Sozialpädiatrisches Zentrum | SPZ**  
Chefärztin Dr. med. Mechthild Pies

## Sorgeberechtigung

Liebe Eltern,

aus juristischen Gründen sind wir gehalten, die Sorgeberechtigung für Ihr Kind festzuhalten und Ihr schriftliches Einverständnis zur Vorstellung im SPZ einzuholen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Straße:

Wohnort:

Sorgerecht:  Eltern  Mutter  Vater  Sonstige / Vormund

Sorgeberechtigter	Mutter	Vater	Sonstige
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefonnummer			
E-Mail			
Arztbrief an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige/wir bestätigen hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass mein/unser Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) des varisano Klinikums Frankfurt Höchst zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.

Mit meiner Unterschrift/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für oben genanntes Kind personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

Im Übrigen, insbesondere hinsichtlich Ihrer Rechte, beachten Sie bitte unsere allgemeinen Informationen für Patienten zum Datenschutz. Diese liegen in den Aufnahmebereichen für Sie aus und sind auf unserer Webseite (<https://www.varisano.de/datenschutz>) einsehbar.

---

Name des/der Personensorgeberechtigten in Blockbuchstaben

---

Datum und Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

**Hinweis:** Ohne das unterschriebene Formular ist eine Untersuchung Ihres Kindes aus rechtlichen Gründen im SPZ nicht möglich.

**Inklusives Zentrum | Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Dr. med. Mechthild Pies**

Klinikum Frankfurt Höchst GmbH Gotenstraße 6-8 65929 Frankfurt am Main T 069 3106-0 F 069 3106-3030

info-frankfurt@varisano.de www.varisano.de/klinikum-frankfurt-hoechst

Geschäftsführung: Dr. med. Patrick Frey, Michael Osypka USt-IdNr.: DE 815124730 Amtsgericht: Frankfurt am Main HRB 77741

Sitz: Frankfurt am Main Frankfurter Sparkasse IBAN: DE19 5005 0201 0000 6010 05 BIC: HELADEF1822

Ein Unternehmen des Klinikverbundes Frankfurt-Main-Taunus