

Anmeldung

**KINDERNEUROLOGISCHE
SPRECHSTUNDE**

an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Heidenheim
Schlosshaustrasse 100
89522 Heidenheim
Tel: 07321-33-2277

Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum				
PLZ, Wohnort, Straße				
Landkreis				
Telefon / E-Mail				
Krankenversicherung			☐ Beihilfe	☐ privat
	Name (Vater)	Geb.-Dat.:		
	Name (Mutter)	Geb.-Dat.:		
	Hauptversicherter			
Überweisender Arzt	Name:			
	Adresse:			
Wer hat das Sorgerecht?	☐ Eltern	☐ Mutter	☐ Vater	☐ Sonst.:
Bei wem lebt das Kind?	☐ Eltern	☐ Mutter	☐ Vater	☐ Sonst.:

Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht: Wird das Kind auch im Namen des anderen Sorgeberechtigten vorgestellt? ☐ Nein ☐ Ja

Sehr geehrte Eltern!

Vielen Dank für Ihr Interesse sich bei uns mit Ihrem Kind vorzustellen. Da die Untersuchungen bei vielen Fragestellungen sehr umfangreich sind und wir Ihnen eine bestmögliche Betreuung anbieten wollen, ist es notwendig die Vorstellungstermine gut planen zu können. Deshalb benötigen wir von Ihnen die nachfolgenden Informationen.

Die Termine können erst vergeben werden, wenn dieser Fragebogen und Berichte von z.B. Kindergarten, Schule, Therapeuten, Frühförderung bei uns vorliegen.

Alle Untersuchungen können nur auf **Überweisung eines Kinder- und Jugendarztes, Neurologen oder Kinder- und Jugendpsychiaters erfolgen und müssen auf das aktuelle Quartal ausgestellt werden. Kommen Sie ohne Gesundheitskarte und gültigen Überweisungsschein der oben aufgeführten Fachärzte, werden wir den Termin aus rechtlichen Gründen nicht durchführen.**

Besprechen Sie die Vorstellung deshalb bitte im Vorfeld mit Ihrem Arzt und lassen Sie dessen Fragestellung eintragen.

Bei schulpflichtigen Kindern bringen Sie bitte Schulhefte (Deutsch, Mathematik, Englisch) und bisherige Zeugnisse mit.

Dr. Andreas Schneider und Team

Fragestellung des überweisenden Kinderarztes (bitte von diesem dokumentieren lassen):

Stempel des Kinderarztes:

Von den Eltern auszufüllen:

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb möchten Sie Ihr Kind vorstellen?

Welche Hilfen wünschen Sie sich?

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind in Betreuung eines SPZs, Kinderpsychiatrie?

- ☐ Nein
☐ Wenn Ja, Welches?

Wir benötigen einige Angaben zur aktuellen Situation und über die bisherige Entwicklung Ihres Kindes:

Bekommt Ihr Kind zurzeit Medikamente?

- ☐ Nein
☐ Ja Welche?

Erhält Ihr Kind eine spezielle Diät oder Ernährung?

- ☐ Hypoallergen ☐ Vegan ☐ Sonst.:

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien? Wenn ja, seit wann und wie oft?

		Seit bzw. von - bis	Wie oft?
Physiotherapie	☐ Nein ☐ Ja		
Ergotherapie	☐ Nein ☐ Ja		
Logopädie	☐ Nein ☐ Ja		

Physiotherapie Angaben wenn verfügbar:

Art der Physiotherapie	☐ Bobath	☐ Vojta	☐ Sonstige:
Name der Einrichtung/ Praxis			
Adresse			
Therapeut/-in			
Ergotherapie			
Name d. Einrichtung/ Praxis			
Adresse			
Therapeut/-in			
Logopädie			
Name der Einrichtung/ Praxis			
Adresse			
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

☐ regulär☐ integrativ☐ heilpädagogisch

Adresse

Telefon

Ansprechpartner

Wohnt Ihr Kind in einem Internat oder in einer Einrichtung?☐ Ja☐ Nein

Name der Einrichtung

Adresse

Telefon

Ansprechpartner

Hilfen für die Familie**Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?**

Familienentlastender Dienst	☐ Ja	☐ Nein
Sozialpädagogische Familienhilfe/Unterstützung Jugendamt	☐ Ja	☐ Nein
Häusliche Krankenpflege	☐ Ja	☐ Nein
Haushaltshilfe/Nachbarschaftshilfe	☐ Ja	☐ Nein
Sonstige Hilfen:	☐ Ja	☐ Nein

Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld im Rahmen der Pflegeversicherung?

Pflegegeld	☐ Ja	☐ Nein	☐ beantragt
Pflegegrad	☐ I	☐ II	☐ III ☐ IV ☐ V

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen?

Schwerbehindertenausweis	☐ Ja	☐ Nein	☐ beantragt
Grad der Behinderung	☐ 50	☐ 60	☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100
Merkzeichen	☐ B	☐ H	☐ aG ☐ G

Angaben zu Vorgeschichte und Umfeld Ihres Kindes:

Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister (evtl. auch verstorbene Geschwister)?

Vorname:

Geburtsjahr:

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 (1. Seite /U1) 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

☐ Schiefhaltung des Kopfes

☐ Anfälle

☐ Schreckhaftigkeit

☐ häufiges Schreien

☐ Ein-/Durchschlafschwierigkeiten

☐ Koliken/Bauchprobleme

☐ geringe Ansprechbarkeit

☐ Sonstiges

Krankheiten Ihres Kindes

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden? Wann?

☐ Nein

☐ Ja

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; auch im Vergleich mit anderen Kindern der Familie oder der Umgebung)

Meilensteine der Entwicklung

Folgende wichtige Entwicklungsschritte wurden von Ihrem Kind in welchem Alter erreicht?

Freies Sitzen (wenn hingesezt)Monate

Hochziehen zum StandMonate

Erste freie SchritteMonate

Erste sinnbesetzte WörterMonate

Sauberkeitsgewöhnung: sauber..... Jahre
 trocken..... Jahre

Radfahren ohne StützenJahre

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?

Krippe/Kindergarten

Gab 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:

Bitte bei Schulproblemen auch den Ergänzungsbogen ausfüllen bzw. von der Lehrkraft ausfüllen lassen.

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 Anfälle?

☐ Ja, zuletzt

wie häufig

wie lange

☐ Nein

Medikation

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

Datum, Unterschrift

Fragebogen verschickt an Eltern am:

Mit Fragebogen Schule: ☐ ja ☐ nein

Fragebogen zurückerhalten am:

Termine vergeben am: