

Anmeldung**KINDERNEUROLOGISCHE
SPRECHSTUNDE**

an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Heidenheim
Schlosshaustrasse 100
89522 Heidenheim
Tel: 07321-33-2272

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.: _____

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

Sehr geehrter 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.

Sehr aufwendige Untersuchungen wie bei der Frage nach ADHS oder Schulproblemen können wir nur auf Überweisung eines Kinder- und Jugendarztes, Neurologen oder Kinder- und Jugendpsychiaters erfolgen. Besprechen Sie die Vorstellung deshalb bitte im Vorfeld mit Ihrem Arzt und lassen Sie dessen Fragestellung in den nächsten beiden Feldern eintragen.

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 zur Zeit 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	<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			
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

Adresse

Telefon

Ansprechpartner

regulär

integrativ

heilpädagogisch

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	<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	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> II	<input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V

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
Merkmale	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> H	<input type="radio"/> aG <input type="radio"/> 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 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: