

## Anmeldung

**KINDERNEUROLOGIE/NEUROPÄDIATRIE**  
 an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Heidenheim  
 Schlosshaustrasse 100  
 89522 Heidenheim  
 termine.kindermedizin@kliniken-heidenheim.de

Name, Vorname des Kindes			
Geburtsdatum			
PLZ, Wohnort, Straße			
Landkreis			
Telefon / 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 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 erfolgen und müssen auf das aktuelle Quartal ausgestellt werden. Kommen Sie ohne gültigen Überweisungsschein der oben angeführten 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.

Ambulante Spezialärztliche Versorgung Epileptologie/Anfallsleiden: niedergelassener Arzt

**Pädiatrische Institutsambulanz:** Hausarzt oder Kinderfacharzt

**Ermächtigungsambulanz Dr. Schneider:** Kinderfacharzt, Neurologen, Kinder- und Jugendpsychiater

**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	<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			
<b>Ergotherapie</b>			
Name d. Einrichtung/ Praxis			
Adresse			
Therapeut/-in			
<b>Logopädie</b>			
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	<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		
Pflegestufe	<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
Merkzeichen	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> H	<input type="radio"/> aG	<input type="radio"/> G		



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 Stand .....Monate

Erste freie Schritte .....Monate

Erste sinnbesetzte Wörter .....Monate

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

Radfahren ohne Stützen .....Jahre

**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.**

Bitte bringen Sie Schulhefte und Schultasche zum ersten Termin mit.

**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 zurückerhalten am:

Termine vergeben am:

<input type="radio"/> Prio 1	<input type="radio"/> Prio 2	<input type="radio"/> Prio 3	
<input type="radio"/> H oder S	<input type="radio"/> H+S	<input type="radio"/> ASV WBA	
<input type="radio"/> Pädla	<input type="radio"/> ASV	<input type="radio"/> Ermächtigung S	<input type="radio"/> Privat Schneider
<input type="radio"/> 1 mal 60 min	<input type="radio"/> 2 mal 90min	<input type="radio"/> Anamnese+Neuro 60min	<input type="radio"/> Besprechung 45 min
<input type="radio"/> K-ABC II 90min	<input type="radio"/> Basic-MLT, SL-RT, SL-LT	<input type="radio"/> ELFE II 30min	<input type="radio"/> Zareki 45min
<input type="radio"/> M-ABC 2 30 min	<input type="radio"/> PITPA 45min	<input type="radio"/> zahlenstark 30min	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Audiometrie	<input type="radio"/> BERA	<input type="radio"/> EEG	<input type="radio"/>