

FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IM SPZ



KRANKENHAUS
ST. ELISABETH &
ST. BARBARA

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum m / w

PLZ, Wohnort, Straße

Bild vom
Kind wäre
schön

Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara

Sozialpädiatrisches Zentrum
Barbarastraße 4
06110 Halle (Saale)

CÄ Dr. med. Ch. Fritsch
Tel.: 0345 213-5702

Telefonnummer _____

Nationalität: deutsch andere Sprache: _____

Dolmetscher (Name/Telefon):

Gesetzlicher Vertreter: Eltern Vater Mutter Vormund

Das Kind lebt bei seinem gesetzlichen Vertreter: Ja Nein
wenn **NEIN**: bei wem und wo?

Fragen zu den Eltern

	Vater	Mutter
Name, Vorname (Geburtsname)		
Geburtsdatum		
Wohnung (nur, wenn von obiger Adresse abweichend)		
Schulabschluss		
erlernter Beruf / ausgeübte Tätigkeit		
Arbeitsdauer	halbtags arbeitslos ganztags	halbtags arbeitslos ganztags
Staatsangehörigkeit / Herkunftsland:	BRD andere _____	BRD andere _____

Waren Sie mit einem Geschwister Ihres Kindes bereits in unserer Einrichtung?

Ja (wann) _____ Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Nein

Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung

Krankenkasse: gesetzlich privat Beihilfe

Rentenversicherungsträger: RV Bund RV Mitteldeutschland andere

Über wen ist das Kind versichert?

Überweisender Arzt:

(Name, Anschrift, Telefon)



Fragen zu den Schwierigkeiten Ihres Kindes

1. Für welche Probleme Ihres Kindes suchen Sie vor allem Hilfe? (Eine kurze Beschreibung ist **dringend erforderlich!**)

2. In welchem Bereich bestehen Störungen bzw. Auffälligkeiten? / seit wann?

Koordination / Gleichgewicht/Bewegung
geistige Entwicklung
Sprache
Hör- und Sehvermögen
Wachstum / Körperbau (z. B. Fehlbildungen)
familiäre Probleme

epileptische Anfälle
Ernährung
Verhalten
Erziehung
Schulleistungen
anderes: _____

3. Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

4. Wer hat Ihnen zur Vorstellung im SPZ geraten?

Fragen zu den bisher aufgesuchten Ärzten und Untersuchungen

Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

	Name	Praxisort	wann	Befund
Kinderarzt				
Neuropädiater				
HNO-Arzt				Hörprüfung
Augenarzt				
Psychologe Psychotherapeut				
Erziehungsberatungsstelle				
Schulpsychologe				
EEG / Neurologe				
MRT/CT				
Röntgen				



Fragen zur Schwangerschaft

- Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind? Der _____ Schwangerschaft.
- Hatten Sie Fehlgeburten / Totgeburten? Ja (wann _____) Nein
- Bestanden während der Schwangerschaft eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Besonderheiten?

Blutung / drohende Fehlgeburt	Seelische Belastung
Schweres Erbrechen (über Monate)	Alkohol-/Zigarettenkonsum/Drogen
Infektionskrankheiten	Medikamenteneinnahme
Erhöhter Blutdruck	Bestrahlungen /Röntgenuntersuchungen
Ödeme	Operationen
Harnwegsinfektionen/ Eiweiß im Urin	Diabetes (Zucker)
- Wie alt waren die Eltern bei der Geburt des Kindes? Mutter _____ Jahre Vater _____ Jahre

Fragen zur Geburt

- Die Entbindung erfolgte zu Hause im Krankenhaus Geburtshaus o. ä.
- Die Geburt erfolgte rechtzeitig zu früh / zu spät _____ Tage / Wochen
- War der Fruchtwasserabgang vorzeitig (mehr als 6 Stunden vor der Geburt)? Ja Nein nicht bekannt
- War das Fruchtwasser grün? Ja Nein nicht bekannt
- War die Nachgeburt (Placenta) auffällig? Ja Nein nicht bekannt
- War einer der folgenden Eingriffe notwendig? Kaiserschitt / Saugglocke / Zange
- Bestanden andere Komplikationen (z.B. Nabelschnurvorfal)? Ja Nein Wenn Ja, welche? _____
- Bestand eine Zwillings- o. Mehrlingsschwangerschaft? Ja Nein

Fragen zum Neugeborenen

- Geben Sie bitte an: Gewicht: _____ g Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm
Apgarwerte: _____ / _____ / _____ NS-pH: _____
 - Hat das Kind sofort geschrien? Ja Nein
 - Gab es nach der Geburt Probleme? Ja Nein wenn Ja: welche? _____
 - Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt? Ja Nein wenn Ja: an welchem Tag? _____
- Anschrift der Klinik: _____



5. Hatte das Kind in den ersten Lebenstagen
- | | |
|------------------|---------------------|
| Atemstörungen | Trinkschwäche |
| Fieber | Krämpfe |
| starke Gelbsucht | andere Erkrankungen |
| | _____ |
| | _____ |
6. Wurde Ihr Kind
- | | |
|-------------------|-----------------|
| gestillt | nicht gestillt? |
| wie lange?: _____ | |
7. Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme?
(Beim Schlucken, Saugen, Kauen; Speichelfluss etc.)
- | | |
|------------------------|------|
| Ja | Nein |
| wenn JA: welche? _____ | |
| _____ | |

Fragen zur Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter

Zu welchem Zeitpunkt konnten Sie erstmals (etwa) beobachten:

- Lächeln mit _____ Monaten
- Drehen mit _____ Monaten
- Krabbeln mit _____ Monaten
- Greifen mit _____ Monaten
- Freies Sitzen mit _____ Monaten
- Freies Laufen mit _____ Monaten
- Erste sinnvolle Worte mit _____ Monaten
- 2-Wort-Sätze mit _____ Monaten
- Sauber (tags) mit _____ Monaten
- Sauber (nachts) mit _____ Monaten

Fragen zu früheren Erkrankungen und Behandlungen

1. Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind bereits?

2. Erhielt Ihr Kind Impfungen? (bitte Impfausweis mitbringen!) Ja Nein
3. Gab es bei den Impfungen Komplikationen? Ja Nein
wenn JA: welche?

4. In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt?

Anschrift der Klinik	wann	wie lange	wegen welcher Erkrankung



Fragen zum Kindergarten- / Schulbesuch Ihres Kindes

1. Welche der folgenden Einrichtungen hat Ihr Kind besucht bzw. besucht es jetzt noch?

Kindertagesstätte ab ___ Jahre

Grundschule

mit/ohne Förderbedarf _____

weiterführende Schule _____

Förderschule

integrative Kindertagesstätte

als Integrationskind

in Beantragung

als Regelkind

2. Anschrift der Kindereinrichtung/der Schule, die Ihr Kind z. Zt. besucht:

Fragen zur Pflege und Umgebung des Kindes

1. Von wem wurde das Kind bisher vorwiegend erzogen?

Mutter

Vater

beiden Eltern

Großeltern

anderen Bezugspersonen: _____

2. Befand sich Ihr Kind in einer oder mehreren Pflegefamilien, Adoptivfamilien, bei Verwandten oder Bekannten oder zeitweise in einem Kinderwohnhaus oder einer Kinderwohngruppe? Ja Nein

Wenn Ja: wann und wo? _____

3. Wie viele Personen leben in der Familie? _____ Personen

4. Gab es besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes? Tod der Mutter

Tod des Vaters

Trennung der Eltern

häufiger Wohnungswechsel

anderes

5. Gibt es Geschwister? Führen Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf in der Reihenfolge der Geburten (ggf. auch verstorbene Kinder)!

Vorname	Geburtsdatum	Kindergarten Schule/Klasse Berufsausbildung	Besondere Probleme/ Krankheiten



Fragen zur Familienvorgeschichte

1. Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Besonderheiten, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? Ja Nein
2. Sind die Eltern blutsverwandt (z. B. Cousin und Cousine)? Ja Nein
3. Welche der folgenden Krankheiten sind in der engeren oder weiteren Familie aufgetreten?

Geistiger Entwicklungsrückstand	spastische oder andere Lähmungen
Krampfanfälle	verzögerte oder gestörte Sprachentwicklung
Fehlbildungen	Sehbehinderung / Blindheit
Hörbehinderung / Taubheit	psychische Erkrankungen

Asthma / Ekzem / Nesselsucht

Bitte nähere Angaben dazu:

Fragen nach staatlichen Hilfen

Welche der nachfolgenden Hilfen haben Sie für Ihr Kind beantragt oder erhalten?

Schwerbehindertenausweis, Grad der Behinderung / Merkzeichen Pflegegrad

Leistungen von Sozialamt Jugendamt andere: _____
Familienhilfe (Name / Telefonnummer): _____

Welche Art von Leistungen?

Fragen zur Beantwortung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: Mutter Vater mit Hilfe von: _____

Ich/Wir bin/sind einverstanden, dass der Abschlussbericht zu Händen des überweisenden Arztes geht.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte drucken Sie den ausgefüllten Fragebogen aus, unterschreiben ihn und senden diesen zusammen mit dem Überweisungsschein Ihres Kinder- oder Hausarztes sowie nachfolgender unterschriebener Einverständniserklärung an:

SPZ, Barbarastrasse 4, 06110 Halle (Saale)

oder laden diese Dokumente im Kontaktformular "Erstanmeldung" im Internet hoch:

<https://www.krankenhaus-halle-saale.de/unser-krankenhaus/kliniken-abteilungen/sozialpaediatrisches-zentrum>

Wir übersenden Ihnen nach Eingang schriftlich den Termin zur Erstvorstellung in unserem Haus.

KINDERZENTRUM

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM
Chefärztin Dr. med. Christiane Fritsch
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,
Schwerpunkt Neuropädiatrie

Barbarastraße 4
06110 Halle (Saale)
Telefon (0345) 213 - 57 02
Telefax (0345) 213 - 57 03

HAUPTANSCHRIFT
Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara
Halle (Saale) GmbH
Mauerstraße 5
06110 Halle (Saale)
PF 200254 | 06003 Halle (Saale)

Ihre Zeichen/Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen

Durchwahl
213 - 57 02

Datum

Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten

Die Sorgeberechtigten **für das Kind**

Name, Vorname (des Kindes), geb.

sind mit einer Vorstellung zur Entwicklungsdiagnostik und
Entwicklungsbegleitung im SPZ einverstanden.

Der unterzeichnende Elternteil sichert zu,

- dass auch der abwesende Elternteil mit der Behandlung des gemeinsamen Kindes einverstanden ist.
- von dem anderen Elternteil zur Einwilligung in die Behandlung bevollmächtigt worden zu sein.
- allein sorgeberechtigt zu sein.

und bestätigt mit seiner Unterschrift das Einverständnis aller
Gesundheitsfürsorgeberechtigten.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der / des gesetzlichen Vertreter(s)



Krankenhaus St. Elisabeth und
St. Barbara Halle (Saale) GmbH
Sitz der Gesellschaft: Halle (Saale)
Amtsgericht: Stendal
HRB: 19750
Geschäftsführer: Peter Pfeiffer

Betriebsnummer: 03 42 56 52
Inst.-Kennz.: 261 50 06 77
USt-IdNr.: DE292022187
Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
BIC: BFSWDE33XXX
IBAN: DE90 3702 0500 0001 4830 00