**………………………………….................................. …………………………………....................................**

**Name Vorname**

**………………………………….... …………………………………....... ………………………………….........**

**Geburtsdatum Geburtsort Staatsangehörigkeit**

* **Aus welchen Gründen möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?**
* Gab es in der **Schwangerschaft** oder bei der **Geburt** Komplikationen (z.B. Blutung, Fieber)?

Angaben aus dem Vorsorgeheft:
Schwangerschaftswoche: .........................

APGAR: ....................................................

Nabelschnur-pH: .......................................
Geburtsgewicht: ........................................Gramm
Geburtslänge: ........................................... cm
Kopfumfang: ..............................................cm (bei U2 im gelben Vorsorgeheft)

* Wie verlief die bisherige **Entwicklung** Ihres Kindes?
 Bemerkungen / Besonderheiten:

|  |  |
| --- | --- |
| Drehen | mit Monaten |
| Freies Sitzen | mit Monaten |
| Krabbeln | mit Monaten |
| Freies Laufen | mit Monaten |
| Erste Worte | mit Monaten |
| Kurze Sätze / Zweiwortsätze | mit Monaten |
| Tagsüber sauber und trocken | mit Jahren |
| Nachts sauber und trocken | mit Jahren |
| Radfahren ohne Stützräder | mit Jahren |

* Welche Kinderkrankheiten wurden bisher durchgemacht?

Windpocken? □ ja □ nein

Andere Kinderkrankheiten?

* Impfungen vollständig? □ ja □ nein
* Wurden bei den **Vorsorgeuntersuchungen** Auffälligkeiten festgestellt?
* Gab es Unfälle bzw. schwere Kopfverletzungen?
* Haben Krankenhausaufenthalte stattgefunden? ( Wenn ja, wo, warum?)
* Augenarzt / Sehschule: □ ja □ nein □ regelmäßig

Wann? Befund?

Welche Praxis?

* HNO- Arzt / Pädaudiologie: □ ja □ nein □ regelmäßig

Wann? Befund?

Welche Praxis?

* Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? □ nein □ ja, welche Sprachen?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Bekommt oder bekam Ihr Kind Therapien? □ ja □ nein

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Therapie | Zeitraum / Einheiten | Praxis |
| Frühförderung |  |  |
| Krankengymnastik/Physiotherapie |  |  |
| Ergotherapie |  |  |
| Sprachtherapie/Logopädie |  |  |
| Sonstiges |  |  |

* Sind Allergien bekannt? (Nahrung, Medikamente, Pflegemittel, Sonstiges)
* Trägt Ihr Kind eine Brille, ein Hörgerät, oder sind andere Hilfsmittel vorhanden
(z. B. Einlagen, Schienen, Rollstuhl)?
* Liegt ein Pflegegrad vor? [ ]  nein [ ]  ja: [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5, seit wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Liegt ein **Schwerbehindertenausweis** vor? [ ]  nein [ ]  ja: Prozent der Behinderung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Merkzeichen: [ ] G [ ] aG [ ] B [ ] RF [ ] H [ ] 1.Kl [ ] Bl [ ] Gl, seit wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein?

□ ja □ nein

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name/Wirkstoff | Dosierung | Einnahme seit |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Notfallmedikamente: □ ja □ nein

 Welches Medikament?:

* Welchen **Kindergarten** besucht/besuchte Ihr Kind, von wann bis wann?

Integrationskraft: □ nein □ ja

* Welche Klasse in welcher **Schule** besuchte/besucht Ihr Kind?

Grundschule ............................................................................

Weiterführende Schule ............................................................

Förderschule ...........................................................................

Integrationskraft: □ nein □ ja

* Mussten Klassen wiederholt werden? □ nein □ ja,

..................................................................................................

* Haben Sie wegen der jetzigen Probleme / der jetzigen Erkrankung bereits andere
Ärzte oder Krankenhäuser aufgesucht? Wenn ja, welche und wann?
* Haben Sie schon andere Einrichtungen oder Beratungsstellen aufgesucht? Wenn ja, welche und wann?
* Bitte notieren Sie Namen und Alter der **Geschwister**. Sind bei den Geschwistern Erkrankungen bekannt?
* Gibt es bei näheren Verwandten Ihres Kindes schwere Erkrankungen oder
Behinderungen (z. B. Epilepsie, Schilddrüsenerkrankungen)?
* Freiwillige Angaben zu den Eltern:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mutter  | Vater |
| Beruf |    |  |
| Schulabschluss |  |  |
| Geburtsjahr und -ort |  |  |
| Staatsangehörigkeit  |  |  |

* Platz für weitere Angaben und Erläuterungen oder für Angaben und Fragen Ihres Kinderarztes / überweisenden Arztes:
* Kann der **Arztbericht** an den Kinderarzt und den überweisenden Arzt geschickt werden?

[ ]  ja [ ] nein

Weitere Kopie an:

Keine Auskünfte an:

* Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? .............................................................................

Datum .............................. Unterschrift .............................................................................

Bei der Unterschrift einer sorgeberechtigten Person gilt das Einverständnis weiterer sorgeberechtigter Personen als gegeben. Es wird durch die Unterschrift des nicht allein sorgeberechtigten Elternteils versichert, das alle Sorgeberechtigten über die Vorstellung / Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum informiert sind und mit dieser auch einverstanden sind. Ferner ist der anwesende Elternteil verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass alle Sorgeberechtigten die durch das Sozialpädiatrische Zentrum ausgestellten Berichte erhalten.

**Familienstand / Sorgerecht:**

|  |
| --- |
| **Familienstand:**  [ ]  verheiratet [ ]  Lebenspartnerschaft [ ]  alleinerziehend [ ]  geschieden / getrennt lebend**Sorgerecht bei:** [ ]  Eltern [ ]  Vater [ ]  Mutter |
| **Weitere Ansprechpartner (Name, Vorname, Anschrift und Telefon):**[ ]  Betreuer / Vormund: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Jugendamt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Sozialpädagogische Familienhilfe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Bei Pflegekindern: Kopie aller wichtigen Unterlagen (Bestallungsurkunde, Pflegepass usw.)*** |

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Kooperation und Mitarbeit.