

# Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg –  
Pädiatrie und Kinderchirurgie



Bitte senden an:

**Sozialpädiatrisches Zentrum**  
Feldbergstr. 15  
79539 Lörrach

**Sozialpädiatrisches Zentrum**

Ltd. Ärztin Dr. Schäfer  
Sekretariat 07621 171 4120  
Fax 07621 171 4199  
E-Mail spz@elikh.de

**Adresse:**

St. Elisabethen-Krankenhaus, SPZ,  
Feldbergstr. 15, 79539 Lörrach

## ANMELDEBOGEN MIT FRAGEN ZUR VORGESCHICHTE DES KINDES

Zuweisende Stelle (z.B. Kindergarten, Schule, eigenes Interesse, Hausarzt, etc.):

Überweisender Arzt:

**Name, Vorname des Kindes:**

.....geboren am: .....

Adresse: (Straße) .....

(PLZ) ..... (Wohnort) .....

(Landkreis) ..... (Herkunftsland) .....

**Gesetzlicher Vertreter des Kindes:**

Mutter     Vater     Pflegefamilie     Vormund     Andere: .....

Telefonnummer/Handy-Nr. des gesetzlichen Vertreters:.....

Faxnummer (falls vorh.): ..... E-Mail: .....

**Krankenkasse:** (Name) ..... (Ort) .....

Privat     Gesetzliche KK

Über wen ist das Kind versichert?

Vater     Mutter     Pflegefamilie     Vormund     Andere:.....

**→ FRAGEN ZUR FAMILIE:**

---

**Familienstand:**

- ledig     verheiratet     geschieden     getrennt     alleinerziehend

**Vater des Kindes:**

**Mutter des Kindes:**

Name: ..... Name: .....

Vorname:..... Vorname:.....

geb. am: ..... geb. am: .....

Adresse: ..... Adresse: .....

.....

Beruf: ..... Beruf: .....

Arbeitszeit: ..... Arbeitszeit: .....  
(ganz-/halbtags, Schicht etc.) (ganz-/halbtags, Schicht etc.)

**Geschwister:** Schreiben Sie bitte die Namen aller Ihrer eigenen Kinder auf sowie die Namen aller Kinder, die in der Familie leben.

Name, Vorname	Geburtstag	Schulart/Klasse oder Ausbildung	Besondere Probleme oder Krankheiten
↓	↓	↓	↓

.....

.....

.....

Sind Geschwisterkinder bereits im SPZ behandelt worden? Wenn ja, wer?

.....

**→ WESHALB MÖCHTEN SIE IHR KIND BEI UNS VORSTELLEN ?**

---

In welchem Bereich sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Körperbeherrschung und Bewegung  | <input type="radio"/> Verhalten              | <input type="radio"/> Wachstum und Körperbau               |
| <input type="radio"/> Sprachentwicklung  | <input type="radio"/> Erziehung              | <input type="radio"/> Anfälle, Epilepsie                   |
| <input type="radio"/> Sehen  | <input type="radio"/> Intelligenzentwicklung | <input type="radio"/> Umgang und Spiel mit anderen Kindern |
| <input type="radio"/> Ernährung  | <input type="radio"/> Hören                  | <input type="radio"/> Schulleistungen                      |
| <input type="radio"/> Es soll ein Antrag auf Eingliederungshilfe im Kindergarten gestellt werden |  |  |
| <input type="radio"/> Sonstiges: .....   |  |  |

Können Sie die Probleme genauer beschreiben?

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

Welche Untersuchungen und Hilfe erwarten Sie?

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

### → FRAGEN ZUR ENTWICKLUNG IHRES KINDES

---

#### a.) Fragen zur Schwangerschaft:

Wurden während der Schwangerschaft Medikamente genommen?  ja  nein

Wenn ja, welche: .....

Zeigten Ultraschalluntersuchungen Auffälligkeiten?  ja  nein

Wenn ja, welche: .....

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten?  ja  nein

Wenn ja, welche: .....

#### b.) Fragen zur Geburt:

In welchem Krankenhaus hat die Mutter entbunden? (wenn möglich, bitte Name und Adresse angeben)

.....

Errechneter Geburtstermin: .....

#### c.) Fragen zum Neugeborenen:

Gewicht: ..... Länge: ..... Kopfumfang: .....

Apgar-Werte: (1 Min.) ..... (5 Min.) ..... (10 Min.) .....

Hat Ihr Kind sofort nach der Geburt geschrien?  ja  nein

Wurde Ihr Kind beatmet?  ja  nein Wenn ja, wie lange: .....

Wurde Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt?  ja  nein

Wenn ja, welche? (Name und Adresse) .....

Traten in den ersten Wochen Komplikationen auf wie z.B.  Infektionen  Anfälle?

.....

**d.) Wie hat sich das Kind in den ersten Lebensjahren entwickelt?**

Wie alt war Ihr Kind...

- |  |   |
|--|---|
| ...beim ersten Blickkontakt? .....           | ..beim ersten Lächeln? .....                |
| ...beim ersten Zugreifen? .....              | ..als es anfang, sich zu drehen?.....       |
| ...als es anfang, frei zu sitzen?.....       | ..als es anfang, frei zu gehen? .....       |
| ... bei den ersten gesprochenen Worten?..... | ...beim ersten Sprechen kurzer Sätze? ..... |
| ...als es trocken war? .....                 | ...als es sauber war? .....                 |

Was beobachten Sie bei Ihrem Kind, während es spielt ?

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

**e.) Fragen zur Kindergarten und Schule:**

Besucht oder besuchte Ihr Kind eine(n)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Kinderkrippe      | <input type="radio"/> Kinderhort (Schulkind)  |
| <input type="radio"/> Kindertagesstätte | <input type="radio"/> Grundschulförderklasse  |
| <input type="radio"/> Tagesmutter       | <input type="radio"/> Sonderschulkindergarten |
| <input type="radio"/> Kindergarten      | für.....                                      |

Name und Adresse der Einrichtung: .....

Telefonnummer: ..... Ansprechpartner(in): .....

Welche Schule besucht oder besuchte Ihr Kind?

- Grundschule
- Hauptschule
- Weiterführende Schule (Realschule oder Gymnasium)
- Sonderschule für: .....

noch e) Fragen zur Schule:

Besucht gegenwärtig die Klasse ..... Jahr der Einschulung: .....

Name und Adresse der Schule: .....

Telefonnummer: ..... Ansprechpartner(in): .....

## ➔ FRAGEN ZUR UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG

### Wo haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen vorgestellt?

(z.B. prakt. Arzt, Kinderarzt, Augenarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Beratungsstelle, Frühförderstelle, Logopädie, Ergotherapie, etc.)

Name der Einrichtung

Adresse

Von wann bis wann?

Aufgrund welcher Krankheit/  
welchem Anlaß?



---

---

---

---

---

### Wer behandelte Ihr Kind früher oder behandelt es noch jetzt?

(z.B. prakt. Arzt, Kinderarzt, Augenarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Beratungsstelle, Frühförderstelle, Ergotherapie, Logopädie, etc.)

Name der Einrichtung

Adresse

Von wann bis wann?

Aufgrund welcher Krankheit/ welchem Anlaß?



---

---

---

---

---

---

---

Wurde Ihr Kind stationär in einer Klinik behandelt?  ja  nein

Wenn ja:

Name der Einrichtung

Adresse

Von wann bis wann?

Aufgrund welcher Krankheit/  
welchem Anlaß?



---

---

---

---

---

---

---

Bisher durchgeführte spezielle Untersuchungen (ambulant oder stationär):

- Röntgen/ Ultraschall (z.B. Hüfte)
- EEG
- Augenarzt
- Computertomogramm (z.B. Kopf)
- Hörprüfung
- Kieferorthopäde
- Kernspintomogramm
- Psychologischer Test
- Andere

Ergänzende Angaben:

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

---

**Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:**

- Vater     Mutter     andere: .....

.....

(Ort, Datum)

(Unterschrift/en)