



Klinikum Aschaffenburg-Alzenau gemeinnützige GmbH
Standort Aschaffenburg • Postfach 10 06 52 • 63704 Aschaffenburg

An
SPZ
Klinikum Aschaffenburg-Alzenau
Standort Aschaffenburg
Am Hasenkopf 1
63739 Aschaffenburg

Sozialpädiatrisches Zentrum

Telefon: (06021) 32-3701
Telefax: (06021) 32-3702
E-Mail: spz@klinikum-ab-alz.de

Liebe Eltern,

zur Anmeldung Ihres Kindes benötigen wir nachfolgende Informationen.

Bitte beantworten Sie möglichst **alle Fragen**. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Sollte Ihnen das Beantworten der Fragen schwerfallen, kann Ihnen ggf. Ihr Kinderarzt helfen.

Der vollständig ausgefüllte Fragebogen muss von allen Sorgeberechtigten unterzeichnet und von Ihnen vorzugsweise per E-Mail als PDF an „spz@klinikum-ab-alz.de“ gesendet werden. Falls Ihnen dies nicht möglich ist, lassen Sie uns den Fragebogen bitte per Post an die o.g. Adresse zukommen.

Zur Vorstellung bringen Sie bitte einen Überweisungsschein des Kinderarztes, Ihre Versichertenkarte, das gelbe Untersuchungsheft sowie Vorbefunde oder Berichte mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



A. Personalien und wichtige Informationen

Name und Vorname Ihres Kindes:	
☐ männlich ☐ weiblich	
Geburtsdatum:	
Name der Mutter:	Geburtsdatum:
Name des Vaters:	Geburtsdatum:
Adresse:	
Telefon:	Handy:
Email:	
Familienstand der Eltern:	☐ verheiratet ☐ zusammenlebend ☐ geschieden ☐ getrennt lebend ☐ alleinerziehend ☐ wieder verheiratet ☐ verwitwet
Wer hat das Sorgerecht?	☐ beide Elternteile ☐ alleinige Sorge (wer?): ☐ Amtsvormund (wer?):
Das Kind ist das:	☐ leibliche Kind ☐ Adoptivkind ☐ Pflegekind ☐ Stiefkind
Besteht Kontakt zum Jugendamt?	☐ Nein ☐ Ja, Ansprechpartner:
Das Kind lebt mit:	☐ beiden Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Stiefmutter/-vater ☐ neuem Partner/in ☐ Pflegeeltern/-familie ☐ Großeltern ☐ Stationäre Einrichtung
Abweichende Wohnadresse:	
Krankenkasse:	☐ Gesetzlich ☐ Privat
Name des Hauptversicherten:	Geburtsdatum:

Bitte legen Sie den Fragebogen Ihrem Kinderarzt/in vor!

Stempel Ihres Kinderarztes/in:

Auszufüllen vom KinderarztIn: Vorstellungsgrund/Fragestellung?

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

Welche Hilfen erwarten Sie durch uns?

Besteht Anbindung an eine Kinder- und JugendpsychiaterIn?

☐ **Nein**

☐ **Ja, welche?** _____

Gibt es besondere Fragestellungen weiterer behandelnder Ärzte, Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (z.B. Schule, Kindergarten, Tagesstätte)? Bitte fragen Sie nach und legen ggf. Berichte in Kopie bei!

Wichtige Vorbefunde

Liegen bereits relevante Voruntersuchungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen oder Diagnosen vor?

☐ **Nein**

☐ **Ja, welche?** _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein?

Name	Dosierung (z.B. 3x am Tag 100mg)
1.	
2.	
3.	
4.	

Erhält Ihr Kind **Therapien**?

☐ **Nein**

☐ **Ja, welche und seit wann?** _____

Welche **spezialisierten Betreuungs- oder Fördereinrichtungen** besucht Ihr Kind oder hat es besucht?
(Bitte Name der Einrichtung)

- ☐ Frühförderstelle: _____
☐ Fördereinrichtung mit speziellem Förderschwerpunkt: _____
☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie: _____
☐ Tagesstätte: _____
☐ Sonstige: _____

Anerkennung der Pflegebedürftigkeit oder eines Schwerbehindertenstatus

Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

☐ **Nein**

☐ **Ja, GdB** _____ **Zusatzzeichen:** _____

Wurde ein Pflegegrad beantragt oder bewilligt?

☐ **Nein**

☐ **Ja, welcher?** _____

Betreuung

Ihr Kind wird betreut:

☐ ausschließlich zu Hause	☐ und/oder durch nahe Betreuungspersonen; Welche?:
☐ Krippe, Kindergarten oder Kindertagesstätte	Name der Einrichtung: Wie lange/an wie vielen Tagen pro Woche?
☐ Schule* (*Bitte legen Sie Zeugnisse und eine Schriftprobe Ihres Kindes in Kopie bei!)	Name:
	Schulart:
	Klassenstufe:
	In welchem Fach ist ihr Kind gut?
	In welchem Fach hat Ihr Kind Probleme?
	Sind sie mit den Schulleistungen zufrieden? ☐ Ja ☐ Nein, Warum nicht?:
	Macht Ihr Kind die Hausaufgaben selbständig? ☐ Ja ☐ Nein, mit wem?:
	Wie lange dauern die Hausaufgaben?
	Gibt es oft Streit mit Mitschülern? ☐ Nein ☐ Ja, warum?:

B. Persönliche Anamnese und Entwicklungsgeschichte

Schwangerschaft und Geburt

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

☐ **Nein** ☐ **Ja; welche?:** _____

Wurde eine Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt?

☐ **Nein** ☐ **Ja; mit welchem Ergebnis?:** _____

Mußten Sie Medikamente einnehmen?

☐ **Nein** ☐ **Ja; welche?:** _____

Haben Sie geraucht?

☐ **Nein** ☐ **Ja; wieviel?:** _____

Haben Sie Alkohol getrunken?

☐ **Nein** ☐ **Ja; wieviel?:** _____

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?

☐ **Ja** ☐ **Nein; bis zu welcher Schwangerschaftswoche?** _____

Erfolgte die Geburt im Krankenhaus?

☐ **Ja; wo?:** _____

☐ **Nein; stattdessen wo?:** _____

Wie wurde Ihr Kind geboren?

☐ **normal/spontan**
☐ **per Kaiserschnitt/Sonstige?:** _____

Gab es bei der Geburt Besonderheiten?

☐ **Nein**
☐ **Ja; welche?:** _____

Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet? ____/____/____

Wie waren die Maße Ihres Kindes bei Geburt?

Gewicht(g): _____ Länge(cm): _____ Kopfumfang(cm): _____

Neugeborenenzeit (erste 4 Wochen nach Geburt):

Musste Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt werden?

☐ **Nein**
☐ **Ja; warum?:** _____

Gab es Besonderheiten in den ersten Lebenswochen oder machte Ihnen etwas Sorgen?

☐ **Nein**
☐ **Ja, welche?:** _____

Entwicklungsgeschichte

Motorik

Gab oder gibt es motorische Auffälligkeiten?

- ☐ Nein
☐ Ja, folgende

Sprache

Gab oder gibt es sprachliche Auffälligkeiten?

- ☐ Nein
☐ Ja, folgende

Muttersprache: _____

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

- ☐ Nein
☐ Ja, welche Sprachen? _____

Sehen/Hören

Wurde die **Hörfähigkeit** Ihres Kindes überprüft?

- ☐ Nein
☐ Ja; wann und wo? _____

Wurde die **Sehfähigkeit** Ihres Kindes überprüft?

- ☐ Nein
☐ Ja; wann und wo? _____

Selbständigkeit im Alltag

Wie gestaltet sich die **Sauberkeitsentwicklung** Ihres Kindes?

- ☐ unauffällig
☐ auffällig, weil

Wie gestalten sich die **Ernährungsgewohnheiten bzw. Ess- und Trinkverhalten** Ihres Kindes?

- ☐ unauffällig
☐ auffällig, weil

Wie gestaltet sich das **Schlafen** Ihres Kindes?

- ☐ unauffällig
☐ auffällig, weil

Verhaltensentwicklung und -beobachtung

Welche Stärken bzw. besonderen Fähigkeiten hat Ihr Kind?

Zeigt ihr Kind auffällige Verhaltensweisen?

Sozialkontakte und Medienkonsum

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne?

Wie lange spielt es diese(s) Spiel(e) am Stück?

Spielt/ trifft sich Ihr Kind regelmäßig mit Freunden?

- ☐ Ja
☐ Nein, warum nicht?

Wie viele Stunden pro Tag schaut Ihr Kind Fernsehen/Streaming/Videos? _____

Werden zusätzlich Computer-/Konsolenspiel oder Ähnliches gespielt?

☐ **Nein**

☐ **Ja, wie lange?** _____

Haben Sie Sorgen wg. des Umgangs Ihres Kindes mit Medien oder Handy?

☐ **Nein**

☐ **Ja, warum genau?** _____

Familienanamnese

Geschwisterkinder

☐ **Nein**

☐ **Ja**

Name	Geburtsdatum	Auffälligkeiten/Erkrankungen?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie (z.B. Diabetes, Allergien usw.)?

☐ **Nein**

☐ **Ja; folgende**

Besteht Blutsverwandtschaft zwischen den Elternteilen (z.B. Cousin und Cousine)?

☐ **Nein**

☐ **Ja** _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen ausgefüllt von:	
Ort und Datum:	
Unterschrift der Sorgeberechtigten (bei gemeinsamem Sorgerecht bitte beide Elternteile):	

Patient Name: Vorname: Geb.Datum:
--

Schweigepflichtsentbindung

Name & Adresse der Eltern: _____

Entbindung von der Schweigepflicht

Das Grundgesetz sieht den Schutz des privaten Persönlichkeitsbereichs vor ungewollten Eingriffen in die geschützte Intimsphäre vor (GG Art. 1, Art.2, STGB §203, STPO §53 und KJHG (SGBV III) §61ff.). Daraus ergibt sich für uns die Verpflichtung zur Verschwiegenheit, sowie zur Wahrung des Berufsgeheimnisses den Patienten gegenüber. Die übermittelten Daten dienen ausschließlich dem Zweck der Diagnostik, Beratung und Behandlung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift entbinde ich das Sozialpädiatrische Zentrum von dieser Schweigepflicht gegenüber:

☐ Kinderarzt/Facharzt: _____

☐ KJP: _____

☐ Kindergarten/SVE: _____

☐ (Klinik- und/oder Heimat-)Schule, Klassenlehrer, Vertrauenslehrer, Schulpsychologe, Jugendsozialarbeiter an Schulen: _____

☐ Jugendamt: _____

☐ Vorbehandler: _____

☐ Humangenetik: _____

☐ Frühförderstelle/Therapeuten: _____

☐ Nachbehandler: _____

☐ Krankenkasse/ Pflegekasse: _____

☐ Sonstige: _____

und umgekehrt.

 Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten oder volljährige/r Patient/in