

Wenn möglich
Foto vom
Kind mitsenden

oder zur
Untersuchung
mitnehmen

Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ
Leitung: Dr. Martina Baethmann

Menzinger Straße 44
80638 München
Telefon: 089 / 1795 - 2661
Telefax: 089 / 1795 - 993 - 2661

E-Mail: spz@dritter-orden.de

Name des Kindes:

Mädchen Junge

Geb. Dat. :

Ausgefüllt am:

Adresse :

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe):

Telefonische Erreichbarkeit der Eltern:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von Vater Mutter andere _____

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben sich entschlossen, Ihr Kind in unserem SPZ anzumelden. Bitte besprechen Sie nun mit Ihrer Kinderärztin / Ihrem Kinderarzt Ihr Anliegen und bitten um eine kurze Fragestellung aus ärztlicher Sicht. Auch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Neurologie dürfen Ihr Kind in unser SPZ überweisen.

Fragestellung: _____

Bitte fügen Sie relevante Vorbefunde bei.

Für Rückfragen: Name der überweisenden Ärztin / Arzt

Praxisstempel:

Ist ihr Kind aktuell in einem **anderen SPZ oder einer Sozialpsychiatrischen Praxis** in Behandlung? Nein Ja

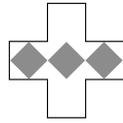
Wenn ja, wo? _____

Bitte bringen Sie spätestens zu Ihrem ersten Termin im SPZ einen Überweisungsschein von einem der oben genannten Fachärzte sowie die elektronische Gesundheitskarte Ihres Kindes mit. Ansonsten verzögern sich Untersuchung und Behandlung. Vielen Dank!

Bitte nicht ausfüllen:

Eingangsstempel

Terminplanung im SPZ:



Angaben zur Familie

Name der Mutter: Geb. Datum: Konf.

Beruf / Berufstätigkeit Staatsbürgerschaft

Name des Vaters: Geb. Datum: Konf.

Beruf / Berufstätigkeit Staatsbürgerschaft

Beziehungsstatus der Eltern: (verheiratet/ geschieden/ getrennt lebend etc.):

Sorgeberechtigte/r: (Gibt es Besonderheiten in der Regelung von Sorge- oder Aufenthaltsbestimmungsrecht, Besuchsrecht?)

Falls Sie über ein **geteiltes Sorgerecht** verfügen: ist der andere Sorgeberechtigte mit der Vorstellung Ihres Kindes im SPZ einverstanden?

Nein Ja

Geschwister des Kindes: (leibliche / nicht leibliche)

_____	Geb.: _____	Sorgerecht: _____
_____	Geb.: _____	Sorgerecht: _____
_____	Geb.: _____	Sorgerecht: _____
_____	Geb.: _____	Sorgerecht: _____

Gibt es Besonderheiten / Erkrankungen bei den Geschwistern des Kindes? (Besonderheiten in Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenenzeit, chronische Erkrankungen, Unfälle, Allergien etc.?)

Besonderheiten in der familiären Konstellation / Situation: (z.B. „Patchwork“-Familie / Adoptionsfamilie/ Pflegefamilie etc.)

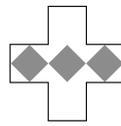
Problemschilderung

Bitte versuchen Sie mit eigenen Worten zu schildern, worin die **wesentlichen Probleme** bestehen, weshalb Sie Ihr Kind bei uns vorstellen:

Wem sind die Probleme erstmals aufgefallen?

Seit **wann** bereitet Ihnen die Entwicklung Ihres Kindes Sorge?

Sind **Entwicklungsstörungen** oder schwere **Erkrankungen in der Familie** bekannt?



Angaben zur Familie

Der wievielten **Schwangerschaft** entstammt das Kind? _____

Hatte die Mutter Fehlgeburten? Nein Ja: Wann? _____

Verlief die Schwangerschaft kompliziert? (Probleme bei der Mutter, Probleme beim Kind, Erkrankungen, Medikamenteneinnahme, Frühgeburt, Belastungen...)

Nein Ja, _____

Zigaretten: _____ Stück/Tag: _____ Alkoholkonsum: _____

Geburt: Klinikgeburt? Wo? _____ Sonstiges (z.b Hausgeburt, Geburtshaus...)

Das Kind ist _____ Wochen zu früh/ _____ Wochen zu spät rechtzeitig geboren

Gewicht _____ g Länge _____ cm KU _____ cm APGAR-Werte ____ / ____ / ____ Nabelschnur-pH _____

(siehe gelbes Vorsorgeheft Seite 1)

Die Geburt erfolgte auf natürlichem Weg durch Saugglocke oder Zange per Kaiserschnitt

Probleme bei/nach der Geburt?

(Nabelschnurumschlingung, Herztonabfall, Gesichtslage, Beckenendlage, Verlegung in die Kinderklinik, Beatmung,...)

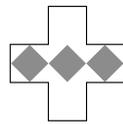
Gab es Auffälligkeiten bei den Vorsorgeuntersuchungen: (Daten bitte aus gelbem Vorsorgeheft übertragen!)

	Datum	Gewicht	Länge	Kopfumfang	Ziffern	Bemerkungen
U1	_____	_____	_____	_____	_____	_____
U2	_____	_____	_____	_____	_____	_____
U3	_____	_____	_____	_____	_____	_____
U4	_____	_____	_____	_____	_____	_____
U5	_____	_____	_____	_____	_____	_____
U6	_____	_____	_____	_____	_____	_____
U7	_____	_____	_____	_____	_____	_____
U8	_____	_____	_____	_____	_____	_____
U9	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Folgende **Entwicklungsschritte** konnten Sie bei Ihrem Kind erstmals im Alter von (bitte in Monaten und Jahren angeben) beobachten? (Die Punkte 6 - 10 nur bei Vorschulkindern ausfüllen!)

- | | | | |
|------------------|-------|---------------------------------|-------|
| 1. Lächeln | _____ | 6. Dreiradfahren | _____ |
| 2. Greifen | _____ | 7. Fahrradfahren (ohne Stützen) | _____ |
| 3. freies Sitzen | _____ | 8. selbständiges Anziehen | _____ |
| 4. Krabbeln | _____ | 9. Knöpfe öffnen | _____ |
| 5. freies Gehen | _____ | 10. Schleifen binden | _____ |

Frühe Regulationsbesonderheiten d.h. Auffälligkeiten beim **Schlafen (Ein-/ Durchschlafen)** _____



Schreien: _____

Unruhe: _____

Ernährung: _____

Wurde Ihr Kind **gestillt**? Wenn ja, wie lange? _____ Probleme/ Hilfen: _____

Selbständiges Essen, wann? _____

Gab oder gibt es Ernährungsbesonderheiten? _____

Ist Ihr Kind normal bei Tisch? _____

Bekommt Ihr Kind eine **Diät**? Wenn ja, welche, warum? _____

War die **Sprachentwicklung** auffällig (ggf. Probleme) Nein Ja, in wie fern: _____

Wann hat ihr Kind erstmals:

1. Lautiert: _____ 2. Erste Worte gesprochen _____

3. Dreiwortsätze gesprochen _____

Sauberkeitsentwicklung

Wann war die Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen: tags: _____ nachts: _____

War Ihr Kind schon trocken und nässt jetzt wieder ein? Nein Ja, Seit wann? _____

tags nachts beides

Gab es **Besonderheiten im Erleben und Verhalten**?

- | | | | |
|---------------------------|-------|---------------------|-------|
| 1. Angst | _____ | 6. Einnässen | _____ |
| 2. Schlaflosigkeit | _____ | 7. Einkoten | _____ |
| 3. Aggressivität | _____ | 8. Kontaktstörungen | _____ |
| 4. Unruhe | _____ | 9. Hyperaktivität | _____ |
| 5. depressive Verstimmung | _____ | 10. Sonstiges | _____ |

Psychosomatische Beschwerden?

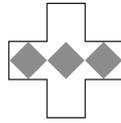
- | | | | |
|-----------------------|-------|-------------------|-------|
| 1. Kopfschmerzen | _____ | 2. Bauchschmerzen | _____ |
| 3. Sonstiges, welche? | _____ | | |

Gab es **Probleme bei**

- | | | | |
|------------------|-------|--------------|-------|
| 1. Konzentration | _____ | 3. Ausdauer | _____ |
| 2. Motivation | _____ | 4. Steuerung | _____ |

Welche **Medikamente** erhielt/ erhält Ihr Kind? Warum? seit wann?

Hatte Ihr Kind bereits schweren **Erkrankungen / Operationen / Unfälle**? Welche? Welche Folgen?



Behandlung und Förderung

Welche **Fachärzte** oder **Kliniken** betreuen/ betreuten Ihr Kind? (Angabe von Name/ Fachrichtung/ Anschrift/Jahr/ Grund)

Welche **Therapien** oder **Beratungen** wurden/ werden durchgeführt? Ggf. wann und von wem? Warum?

Erhielt Ihr Kind Frühförderung? Wo? Wie lange? _____

Förderziele? _____

Welche **Hilfsmittel** (z.B. Brille, Schiene, Rollstuhl, Spezialbett, Hörgerät...) besitzt Ihr Kind, seit wann?

Besitzt Ihr Kind einen **Schwerbehindertenausweis**? (GdB, Merkzeichen?) Nein Ja _____

Bekommen Sie **Pflegegeld** nach dem BSHG von der Krankenkasse Nein Ja _____

Kindergarten / Schule etc.

Besucht Ihr Kind eine/ n Krippe/ Kindergarten/ Hort? Nein Ja Welchen? _____

Wie gelang die Eingewöhnung? _____

Besucht Ihr Kind eine Schule? Welche? _____

Welche Klasse: _____ Rückstellung? _____

Besondere Stärken/ Schwächen/ Interessen? _____

Ihr Kind ist eher mit Gleichaltrigen Jüngeren Älteren befreundet? hat auffallend wenig Kontakte

War Ihr Kind längere Zeit von Ihnen **getrennt**? Nein Ja

Wenn ja, wo, warum? _____

Lebte Ihr Kind zeitweise in einem **Heim**? Nein Ja Wenn ja, wie lange? _____

Besondere **Eigenschaften** und besondere **Stärken** Ihres Kindes

Gibt es weitere **Anmerkungen** Ihrerseits?

Herzlichen Dank für Ihre Mühe.

Und bitte denken Sie an:

- Vorbefunde (falls vorhanden) – bitte bereits in Kopie
- Untersuchungsheft
- Zeugnisse (falls vorhanden)