



Sozialpädiatrisches Zentrum

Reutlingen
Steinenbergstr.31
72764 Reutlingen

Telefon: 07121 200-4960

Fax Nr. 07121 200-4516

E-Mail: spz@klin-rt.de

Liebe Eltern,

damit wir den Termin im Sozialpädiatrischen Zentrum möglichst gut vorbereiten können, ist es wichtig, dass sie uns den Fragebogen ausgefüllt mit der Post, Fax oder als E-Mail vorab zuschicken. Wichtig ist die Unterschrift am Ende des Fragebogens. Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig und vertraulich!

Angaben zum Kind:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
E-Mail der Eltern	
Überweisender Arzt	
Bei wem lebt das Kind?	<input type="radio"/> Eltern <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Sonst.:
Wer hat das Sorgerecht?	<input type="radio"/> Eltern <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Sonst.:

Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen? Was sind Ihre Sorgen?

Wie alt war ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten bemerkt haben? _____ Monate

Wurde ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten/Erkrankungen an anderer Stelle bereits untersucht?

Ja Nein

Wann? _____

Wo? _____

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt, mit welchem Ergebnis?

Hörprüfung Sehprüfung MRT EEG Entwicklungstestung Weitere

(Bitte legen Sie, falls vorhanden, Kopien der Arztberichte, Röntgen etc. bei)

Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?

Erhält Ihr Kind bereits eine Förderung?

	Name des Therapeuten	Seit wann?
<input type="checkbox"/> Frühförderung		
<input type="checkbox"/> Physiotherapie		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Logopädie		

Bekommen Sie Unterstützung durch eine der folgenden Stellen?

	Ja	Nein	Ansprechpartner?
Kinderkrankenpflege?			
Haushaltshilfe?			
Jugendamt?			
Andere?			

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

--

Wurde ihr Kind schon operiert? (was und wo?)

Gibt es in der Familie besondere oder schwere Erkrankungen?

Fragen zu Schwangerschaft und Geburt

- Hatten Sie Fehlgeburten/ Totgeburten? Ja (wann? _____) Nein
- Gab es in dieser Schwangerschaft Probleme?
- In welcher Schwangerschaftswoche wurde das Kind geboren? _____
- Wo wurde das Kind geboren? im Krankenhaus: _____ zu Hause
- Wie wurde das Kind geboren? Spontan Saugglocke Kaiserschnitt
- Gab es bei der Geburt Probleme?
- Gab es nach der Geburt Komplikationen bei Mutter oder Kind?
- Welche APGAR-Werte sind im (gelben) Untersuchungsheft verzeichnet?
1 min _____ 5 min _____ 10 min _____ pH-Wert _____
- Maße des Kindes bei der Geburt?
Gewicht: _____ g Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm
- Hat Ihr Kind Geschwister/ Halbgeschwister?
 Ja (Alter: _____) Nein

Gab es in den ersten Lebenswochen Auffälligkeiten?

- Ja Unruhe/vermehrtes Schreien Nein
 Schreckhaftigkeit
 Anfälle

Bewegungs- oder Haltungsasymmetrien

Erbrechen

Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes (soweit Sie sich erinnern)

Gezieltes Greifen _____ Monate
Drehen von Rücken- in Bauchlage _____ Monate
Freies Sitzen _____ Monate
Krabbeln _____ Monate
Selbständiges Gehen _____ Monate
Erste Wörter _____ Monate
Erste Zweiwortsätze _____ Monate
Zeigt auf benannte Körperteile _____ Monate
Einfaches „so tun als ob“ Spiele _____ Monate
Tagsüber trocken _____ Monate

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten oder geht schon in die Schule?

Kindergarten? Ja Nein angemeldet

Name des Kindergartens: _____ Geplant ab: _____

Inklusionsassistenz im Kindergarten? Ja Nein beantragt

Schule? Ja Nein beantragt

Geplant ab: _____

Name der Schule:

Schulbegleitung? Ja Nein beantragt

Hiermit bestätige ich, dass alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung im SPZ einverstanden sind.

Ich bin Mutter Vater Vormund Sonstige

Datum und Unterschrift

Vielen Dank! Bitte schicken Sie den unterschriebenen Fragebogen baldmöglichst an uns zurück

