

Elternfragebogen des SPZ Helios Krankenhaus St. Anna in Duisburg

Datum: _____

Name des Kindes? Vorname: _____ Nachname: _____ geb. am _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von _____

Angaben zu den Eltern (Wichtig um Sie telefonisch oder postalisch erreichen zu können!):

Mutter: Vorname: _____ Nachname: _____ geb. am _____, Beruf: _____

Vater: Vorname: _____ Nachname: _____ geb. am _____, Beruf: _____

Straße _____ Stadt _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____

Wer ist Ihr Kinderarzt/ärztin? _____

Haben Sie um den Termin bei uns gebeten oder hat der Arzt Sie zu uns geschickt? gebeten, geschickt

Mit welchem Anliegen kommen Sie? Welche Probleme hat Ihr Kind? Welche Hilfe erhoffen Sie sich?

Haben Sie sich mit diesem Problem schon an andere Institutionen gewandt (Institut für Jugendhilfe, andere SPZs, Kinderpsychologen, Erziehungsberatungsstellen, Jugendamt etc.)? Nein, Wenn ja, an welche? Ergebnis?

Gibt es weitere Fragen, Probleme oder Sorgen, die Sie mit uns besprechen wollen?

Wurden schon einige der folgenden Untersuchungen bei Ihrem Kind durchgeführt:

	Wann?	Wo?	Ergebnis?
<input type="checkbox"/> Schichtbildaufnahme des Gehirns (=MRT)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hirnstromableitung (=EEG)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Intelligenztestung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenwerte	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hörtest (beim Kinderarzt, HNO, Schul-U. z. B.)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sehtest (beim Kinder-, Augenarzt, Schul-U. z. B.)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Stoffwechseluntersuchungen aus Blut/Urin	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Erbgutsuntersuchung (Chromosomen, Fruchtwasseruntersuchung etc.)	_____	_____	_____

Hatte oder erhält Ihr Kind **Therapien/Förderungen**?

	Seit wann	bis wann	Wo
<input type="checkbox"/> Frühförderung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik (=Physiotherapie)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie (=Logopädie)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Heilpädagogik	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autismusspezifische Therapie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lerntherapie/Nachhilfe	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sportverein/Musikunterricht	_____	_____	_____

Hat Ihr Kind **soziale Helfer** (I-Helfer, SPFH, Familienhelferin, Dolmetscher, KI, Jugendamt etc.)? Wenn ja, welche?

Welche **Hilfsmittel** (Brille, Hörgeräte, Monitor, Rollstuhl, Einlagen etc.) hat Ihr Kind?

Welche **Krankheiten** (Lungenentzündung, Krampfanfall, Migräne, Asthma etc.) hat Ihr Kind schon durchgemacht?

Erkrankung: _____ In welchem Jahr? _____

Hat Ihr Kind schon einmal im **Krankenhaus gelegen**, ist **operiert worden** oder war es in Kur?

Wieso? _____ In welchem Jahr? _____ In welcher Klinik/Stadt? _____

Erhält Ihr Kind **Medikamente, Salben, Inhalationen, homöopathische Behandlung** etc.?

Welche? _____ Seit wann? _____ Welche Dosis (Menge des Medikaments)? _____

Angaben zur Familie: Eltern leben zusammen, getrennt, wer hat das Sorgerecht? _____

Geschwister: Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: evtl. bestehende Krankheiten? _____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Gibt es **Krankheiten bei Verwandten** (Epilepsie, Lernschwäche, Behinderung, Stoffwechsel-, psychische Krankheit etc)?
Wer (Mutter, Opa, Tante etc.)? Welche Krankheiten liegen vor?

Wie ist die **Schwangerschaft** mit Ihrem Kind verlaufen?

ohne Schwierigkeiten, mit folgenden Problemen:

Wie war die **Geburt**? (Für diese Angaben können Sie die erste Seite des gelben Vorsorgehefts zu Rate ziehen.)

In welchem Krankenhaus wurde Ihr Kind geboren? _____

Normale Entbindung oder Kaiserschnitt oder Zangengeburt oder Saugglocke

In welcher Schwangerschaftswoche wurde das Kind entbunden? _____SSW.

Geburtsgewicht _____ g, Geburtslänge _____ cm; Kopfumfang _____ cm,

Apgar ____/____/____, Nabelschnur-ph _____,

Musste das Kind nach der Geburt behandelt werden?

Nein, Ja und zwar so:

Wann hat Ihr Kind folgende Fähigkeiten zum ersten Mal gezeigt in Jahre;Monate (J;M)?

Motorik:

Alleine auf dem Boden gesessen mit _____ J;M. Erstes Mal gekrabbelt mit _____ J;M.

Frei gelaufen mit _____ J;M. Dreirad selbst getreten mit _____ J;M.

Fahrradfahren ohne Stützräder zum ersten Mal mit _____ J;M.

Sprache:

Hat Ihr Kind sprachliche Probleme? Ja. Nein. Wenn ja, welche:

Welche Sprache(n) spricht Ihr Kind (beste Sprache unterstreichen)? _____

Erste zielgerichtete Worte (Auto, Ball etc.) mit ____ J;M. Erste Zwei-Wort-Sätze (z. B. „Mama komm!“) mit ____

J;M. Normal gesprochen mit ____ J;M. Sprachverständnis normal? Ja. Nein.

Kann Ihr Kind Geräusche normal hören? Ja. Nein. Wenn nein, wie und wann haben Sie das bemerkt?

Sauberkeit:

Kind brauchte tagsüber keine Windel (Pampers) mehr mit _____ J;M, nachts mit _____ J;M. Probleme mit Stuhlgang/Wasserlassen Ja. Nein. (Nässt wieder ein, Verstopfung, Einkoten, häufig Toilette etc.)? Welche?

Welchen **Kindergarten** besucht(e) Ihr Kind?

normaler Kindergarten, integrativer/inklusive Kindergarten, heilpädagogischer Kindergarten
Straße: _____, Ort _____

Hat(te) Ihr Kind Probleme im Kindergarten? Nein, Wenn ja, welche?

Welche **Grundschule** besucht(e) Ihr Kind?

normale Grundschule, inklusive Klasse (= gemeinsames Lernen), Förderschule, welcher Art?

Straße: _____, Ort _____

Hat(te) Ihr Kind Probleme in der Grundschule? Nein, Wenn ja, welche?

Welche **weiterführende Schule** besucht(e) Ihr Kind?

Sekundarschule, Realschule, Gesamtschule, Gymnasium, Förderschule, welcher Art?

Straße: _____, Ort _____

Welche Klasse besucht Ihr Kind? _____

Hat Ihr Kind Probleme in der weiterführenden Schule? Nein, Wenn ja, welche?

Hiermit entbinde ich Ärzte, Psychologen und Therapeuten des SPZ Duisburg von der Schweigepflicht über mein Kind _____, geboren _____ gegenüber folgenden Institutionen:

(Zutreffendes ankreuzen, nicht Zutreffendes bitte deutlich streichen)

- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tagesmutter, | <input type="checkbox"/> Frühförderung, | <input type="checkbox"/> Kindergarten, | <input type="checkbox"/> Schule, | <input type="checkbox"/> Nachmittagsbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeuten, | <input type="checkbox"/> Krankengymnasten, | <input type="checkbox"/> Logopäden, | <input type="checkbox"/> Psychotherapeuten, | |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus, | <input type="checkbox"/> Fachärzte, | <input type="checkbox"/> Spezialambulanzen, | | |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung, | <input type="checkbox"/> Psychologen, | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater, | | |
| <input type="checkbox"/> Sozialamt, | <input type="checkbox"/> Jugendamt, | <input type="checkbox"/> Landschaftsverband | | |

Ich bin damit einverstanden, dass auch die genannten Personen bzw. Institutionen den Ärzten, Psychologen und Therapeuten des SPZ Duisburg über mein Kind Auskunft geben.

Duisburg, den _____
(Name in Druckschrift) (Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)