

# Fragebogen Säugling

Sozialpädiatrisches Zentrum  
Leitende Ärztin: Dr. med. I. Berg, MBA  
Helios Klinikum Krefeld  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der RWTH Aachen

## Informationen zum Kind

Name des Kindes:	Geschlecht:		
Geburtsort:	Geburtstag:		
Straße:	Nr.:	PLZ:	Stadt:
Nationalität:	Aufenthaltsstatus:		bis:
Emailadresse:	Telefon:	Mobiltelefon:	
Anschrift Mutter:	Anschrift Vater:		

## Sorgerecht:

<input type="checkbox"/> beide	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> Vormund, Name:	<input type="checkbox"/> Pflegefamilie, Name:	
Wo lebt ihr Kind?:	<input type="checkbox"/> bei den Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
	<input type="checkbox"/> Pflegefamilie	<input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> oder
Krankenkasse:		
Behandelnder Kinderarzt:		

## Eltern des Kindes

Mutter Name:	Vater Name:		
Beruf:	Beruf:		
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:		
Geburtsland:	Geburtsland:		
Nationalität:	Nationalität:		
Muttersprache:	Muttersprache:		
Sind sie blutsverwandt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe		
Aufenthaltsstatus:	bis:	Aufenthaltsstatus:	bis:

## Geschwister des Kindes

Name	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule	Erkrankungen/Beschwerden

## Welche der folgenden Krankheiten und Störungen sind in Ihren Herkunftsfamilien aufgetreten?

<input type="checkbox"/> Geistiger Entwicklungsrückstand	<input type="checkbox"/> Sehbehinderung oder Blindheit
<input type="checkbox"/> spastische oder andere Lähmungen	<input type="checkbox"/> Hörbehinderung oder Taubheit
<input type="checkbox"/> Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> Geistes- oder Gemütskrankheiten
<input type="checkbox"/> verzögerte oder gestörte Sprachentwicklung	<input type="checkbox"/> Missbildungen, Wachstumsstörungen

## Informationen zur Schwangerschaft, Geburt und frühkindlichen Entwicklung

Komplikationen in der Schwangerschaft?

Infektionen

Medikamente

Seelische Belastungen

Rauchen

Blutungen

Alkoholkonsum

Vorzeitige Wehen

Drogen

Übermäßige Übelkeit

Sonstiges

Geburt in welcher Schwangerschaftswoche:

Errechneter Geburtstermin:

Geburtsgewicht:

Körperlänge:

Kopfumfang:

Wird ihr Kind gestillt?

Ja  Nein

Gab es bei der Geburt Schwierigkeiten oder Besonderheiten?  nein  ja

Wenn ja, welche?

Mehrlingsgeburt

Störungen der kindlichen Herztöne

Kaiserschnittentbindung

Saugglocke

grünes Fruchtwasser

besonders lange Geburt

Beckenendlage

sonstiges:

### Wir benötigen Kopien des gelben Vorsorgeheftes

Welche Apgarwerte sind im gelben Vorsorgeheft verzeichnet?

Nach 1 Minute:

nach 5 Minuten:

nach 10 Minuten:

Fragen zu den ersten 4 Lebenswochen:

Gab es in dieser Zeit Probleme?  nein  ja

wenn Ja, bitte ankreuzen

stationäre Aufnahme in einer Kinderklinik

Beatmung

Infektion

Probleme beim Stillen

Trinkschwäche

sonstiges

Gab es vorausgegangene oder nachfolgende Fehl- oder Totgeburten?  nein  ja

Wenn, Ja: Wann:

In welcher Schwangerschaftswoche:

Wann:

In welcher Schwangerschaftswoche:

### Vorstellungsgrund im SPZ- Was macht Ihnen Sorgen?

Wurde diesbezüglich schon etwas unternommen oder bei einer anderen Stelle vorgestellt?

Sind ähnliche Probleme, Erkrankungen oder Störungen im engeren Familienkreis bekannt?

Was für eine Unterstützung wünschen Sie sich von uns?

# Fragebogen Säugling

Sozialpädiatrisches Zentrum  
Leitende Ärztin: Dr. med. I. Berg, MBA  
Helios Klinikum Krefeld  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der RWTH Aachen

## Behandlungseinwilligung und Schweigepflichtentbindung

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von meinem Kind

**Name:**

**Vorname:**

**geb. am:**

bei behandelnden Ärzten und nachfolgenden Institutionen erhobene Untersuchungsergebnisse eingeholt werden bzw. telefonische Anfragen erfolgen dürfen.

Kreuzen Sie bitte ggf. die Einrichtungen an, zu denen **keine** Kontaktaufnahme erfolgen soll.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ärzte           | <input type="checkbox"/> Psychologen                     |
| <input type="checkbox"/> Kliniken        | <input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst     |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten    | <input type="checkbox"/> Frühförderung                   |
| <input type="checkbox"/> Schule/Schulamt | <input type="checkbox"/> Jugendamt, allgem. Sozialdienst |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt  | <input type="checkbox"/> Familienhilfe                   |
| <input type="checkbox"/> Therapeuten     | <input type="checkbox"/> Dolmetscher                     |

## Arztbrief

Nach ambulanten oder stationären Terminen bei uns werden üblicherweise die Arztbriefe über Ihr Kind an Sie als Eltern und an den überweisenden Arzt geschickt

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Arzt den Brief und ggf. später erhaltene Befunde erhält.
- Nein, ich bin **nicht** mit einer Zustellung des Briefes oder ausstehender Befunde einverstanden.

Die Schweigepflichtentbindung muss von den Sorgerechtsberechtigten (erst recht bei getrenntlebenden Eltern) unterschrieben werden, damit es rechtlich gewährleistet ist, dass beide Eltern über die Vorstellung im SPZ informiert und einverstanden sind.

**Bei der Unterschrift einer sorgeberechtigten Person gilt das Einverständnis weiterer sorgeberechtigter Personen als gegeben.** Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter

**Bitte wenden >>>**

## Wichtige Informationen

Sehr geehrte Eltern,

damit wir gut und vertrauensvoll zusammenarbeiten und um Sie wirkungsvoll unterstützen zu können, bitten wir Sie um Kenntnisnahme und Beachtung folgender Punkte:

- Wir benötigen immer eine Quartalsüberweisung Ihres Kinderarztes. Bei kurzfristiger Terminvergabe bitte die Überweisung schnellstmöglich nachreichen, da wir weitere Termine nur nach Eingang der Überweisung mit Ihnen absprechen können. Falls die Überweisung am Ende des Quartals nicht bei uns eingegangen ist, erhalten Sie eine Privatrechnung in Höhe der geltenden Kostenpauschale. Weitere Termine können wir Ihnen dann nicht mehr vergeben!
- Bitte sagen Sie unter [spz.krefeld@helios-gesundheit.de](mailto:spz.krefeld@helios-gesundheit.de) die Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, rechtzeitig ab. Dann können andere Eltern, die warten, diesen Termin erhalten. Bedenken Sie bitte, dass es bei einer kurzfristigen Absage leider zu einer längeren Wartezeit für einen neuen Termin kommen kann.
- Bei mehrfach unentschuldigtem Terminausfall werden wir Ihnen keine weiteren Termine mehr anbieten.
- Falls Sie einen Dolmetscher benötigen, organisieren Sie diesen bitte zu den Terminen und bringen ihn mit, damit wir uns gut mit Ihnen verständigen können.

Ort, Datum

---

Unterschrift Mutter/ Sorgeberechtigter

Unterschrift Vater/ Sorgeberechtigter

**Vielen Dank,  
dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten!**