

Fragebogen Schulkind

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:	Geburtsstag:		
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

Name Mutter:	Name Vater:		
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

Informationen zur Schwangerschaft, Geburt und frühkindlichen Entwicklung

Komplikationen in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Infektionen	<input type="checkbox"/> Seelische Belastungen
	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen
	<input type="checkbox"/> Übermäßige Übelkeit	<input type="checkbox"/> Rauchen
	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Alkoholkonsum
	<input type="checkbox"/> Drogen	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Wir benötigen Kopien des gelben Vorsorgeheftes

Geburt in welcher Schwangerschaftswoche?		
Geburtsgewicht:	Körperlänge:	Kopfumfang:
Wurde ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zeitraum:
Freies Laufen, Alter:	Fahrradfahren ohne Stützräder, Alter:	
Sprachentwicklung: Erste Worte:		Alter:
	Zweiwortsätze:	Alter:
Sauberkeitsentwicklung tagsüber abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wann?
Sauberkeitsentwicklung nachts abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wann?
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	
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 sind die Stärken Ihres Kindes?	Wofür interessiert sich Ihr Kind?	
Informationen über die Kindergartenzeit		
Hat ihr Kind einen Kindergarten besucht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Integrativer Kindergarten	<input type="checkbox"/> Regelkindergarten	<input type="checkbox"/> offenes Konzept <input type="checkbox"/> feste Gruppen
Hatte Ihr Kind einen integrativen Status?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wurden Auffälligkeiten im Kindergarten berichtet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn Ja, bitte ankreuzen:	<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme <input type="checkbox"/> Sozialverhalten
	<input type="checkbox"/> hoher Bewegungsdrang	<input type="checkbox"/> Motorik <input type="checkbox"/> oder
Informationen über die Schule		
Welche Schule besucht ihr Kind?		
<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Förderschule
Gibt es einen Förderschwerpunkt?	<input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> Lernen	<input type="checkbox"/> Sozial-emotionale Entwicklung
	<input type="checkbox"/> geistige Entwicklung	<input type="checkbox"/> körperliche Entwicklung

Fragebogen Schulkind

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

Werden Auffälligkeiten aus der Schule gemeldet? Ja Nein

Wenn Ja, bitte ankreuzen: Sprache Konzentrationsprobleme Sozialverhalten
 hoher Bewegungsdrang oder

Medienkonsum

Wie viele Stunden am Tag darf ihr Kind TV schauen?

Wie viele Stunden am Tag darf ihr Kind das Smartphone nutzen?

Wie viele Stunden am Tag darf ihr Kind mit der Spielkonsole spielen?

Wie viele Stunden am Tag darf ihr Kind am PC/Laptop/Tablet sein?

Bekam / Bekommt ihr Kind spezielle Förderung / Therapien?

Art der Therapie:

Zeitraum:

Inhalt:

Ziele:

Häusliche Übungen/ werden Sie angeleitet?

Bisherige medizinische Untersuchungen (Falls Termine stattgefunden haben, bitte Befunde in Kopie beifügen)

Augenarzt

Pädaudiologe

EEG

MRT

Art der Untersuchung

Zeitraum

Befund

Chronische Erkrankungen:

Operationen/stationäre Aufenthalte:

Medikamente:

Mobilität

Gibt es Schwierigkeiten in der Fein- und Graphomotorik? Ja Nein

Gibt es Schwierigkeiten in der Grobmotorik? Ja Nein

Hat ihr Kind einen ausgeprägt hohen Bewegungsdrang? Ja Nein

Selbstversorgung

Benötigt ihr Kind für die tägliche Routine Unterstützung? Ja Nein (Wenn Ja, nächste Zeile ausfüllen)

an- und ausziehen

waschen

Zähneputzen

Toilette benutzen

Schultasche packen

alleine aufstehen

Ist Ihr Kind sicher im Straßenverkehr? Ja Nein

Hat Ihr Kind Schlafprobleme? Ja Nein

Wenn Ja, bitte ankreuzen: Einschlafschwierigkeiten Durchschlafprobleme Alpträume

Schlafwandeln

kann nicht allein schlafen

Wann geht ihr Kind ins Bett?

Wann steht es morgens auf?

Teilleistungsprobleme

Gibt es Schwierigkeiten beim Lesen? Ja Nein

Gibt es Probleme beim Schreiben? Ja Nein

Wenn Ja, bitte ankreuzen: Lineatur Dehnungs-h auslassen von Buchstaben

Spiegeln

Groß- und Kleinschreibung

Hat Ihr Kind Probleme beim Rechnen? Ja Nein

Wenn Ja, bitte ankreuzen: Erkennen von Ziffern und Symbolen Addition

Reihenverständnis

Subtraktion

Konzentrations- und Lernprobleme

Hat Ihr Kind Probleme sich zu konzentrieren? Ja Nein

Wenn Ja, bitte ankreuzen: Ausdauer Ungeduld Abwesenheit

Impulsivität

Dinge zu Ende zu führen

Hat ihr Kind Schwierigkeiten sich an Regeln zu halten? Ja Nein

Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben? Ja Nein

Fragebogen Schulkind

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 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!**