



Online-Fragebogen

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind zur Untersuchung in unserem SPZ anmelden. Hierfür bitten wir Sie, uns diesen Fragebogen und die Sorgeberechtigung **vollständig ausgefüllt** zuzusenden. Nach Eingang der Unterlagen werden wir uns telefonisch oder schriftlich mit Ihnen in Verbindung setzen.

Vielen Dank!

Ihr SPZ-Team Frankfurt Höchst

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zur Erstvorstellung mit:

Mutterpass, gelbes Vorsorgeheft, Impfpass, Schulzeugnisse

Vom behandelnden Kinderarzt auszufüllen, wenn gesetzlich versichert

Praxisstempel	Diagnose / Überweisungsgrund	HZ SPZ
---------------	------------------------------	--------

Angaben zu Ihrem Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich divers

Straße: _____ Wohnort: _____

Muttersprache(n): _____

Geburtsland / Staatsangehörigkeit: _____

Wer hat die Vorstellung / Untersuchung Ihres Kindes empfohlen / veranlasst?

Welche Probleme hat Ihr Kind / was ist der Vorstellungsgrund?

Seit wann bestehen die Probleme? _____

Wurde Ihr Kind deshalb schon anderweitig vorgestellt / untersucht / behandelt?

ja nein

Wann? _____ Wo? _____

Fragen zur Familie:

	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnort		
Beruf/Schulbildung		
Herkunftsland		
Telefon-Nr. (tagsüber)		
E-Mail-Adresse		
Krankenkasse		
Hauptversicherter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familienstand der Eltern verheiratet getrennt Lebensgemeinschaft.

Verwandtenehe nein ja

Kindschaftsverhältnis leibliches Kind Adoptivkind Pflegekind

Geschwister des Kindes:

	Vorname	Geburtsdatum	Schulart/Klasse	Besondere Probleme und Krankheiten	Patient im SPZ Frankfurt Höchst?
1					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sind chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten (z.B. Epilepsie, Schilddrüsenerkrankungen, Zuckerkrankheit, Allergien, Lernstörungen, psychische Erkrankungen, Behinderungen) in der eigenen Familie bekannt?

ja

nein

Welche? _____

Fragen zur Schwangerschaft und Geburt:

Spontan entstandene Schwangerschaft Künstliche Befruchtung Hormontherapie

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? ja nein

Erkrankungen / Infektionen Medikamente _____ Zigaretten (___ Stk. / Tag)

Alkohol / Drogenkonsum Sonstiges: _____

Die Geburt erfolgte zu Hause im Krankenhaus Wo? _____

Die Geburt erfolgte in der Schwangerschaftswoche: _____

Gab es Komplikationen bei der Geburt? ja nein

Welche? _____

Fragen zur Ernährung:

Wurde Ihr Kind gestillt? ja nein Wie lange? _____

Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Trinken? ja nein

Anhaltendes Schreien / „Schreikind“? ja nein Wie viele Std. am Tag? ____

Fragen zu Vorerkrankungen:

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

Ist eine Allergie/Medikamentenunverträglichkeit bekannt? ja nein Welche? _____

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher? Ohrenentzündungen
 Fieberkrampf
 Sonstige
 Welche? _____

War Ihr Kind schon über Nacht im Krankenhaus? ja nein

Wo? _____

Weshalb? _____

Wann? _____

Wurde Ihr Kind schon operiert? ja nein

Weshalb? _____

Gab es Auffälligkeiten in Voruntersuchungen (Sehtest, Hörtest, cMRT, EEG, ...)?

ja nein

Welche? _____

Hat Ihr Kind alle empfohlenen Impfungen? ja nein

Fragen zur Entwicklung: In welchem Alter konnte Ihr Kind

Sie anlächeln _____ Erste Worte sprechen _____

Greifen _____ Zwei-Wort-Sätze _____

Krabbeln _____ Sich alleine an-/ausziehen _____

Frei gehen _____ Radfahren ohne Stützräder _____

Ohne Windel trocken bleiben: tagsüber _____ nachts _____

(nach abgeschlossener Sauberkeitserziehung)

Schwimmen ohne Schwimmhilfe: _____

Womit spielt Ihr Kind am liebsten? _____

Hat Ihr Kind regelmäßige Freizeitaktivitäten / besucht es Vereine? ja nein

Welche? _____

Kann es sich alleine beschäftigen? ja nein

Wie lange? _____ Womit? _____

Spielt Ihr Kind mit Gleichaltrigen? ja nein

Wieviel Bildschirmzeit hat Ihr Kind (Handy, Fernsehen, Tablet, Konsole)? _____ Std. / Tag

Schlaf:

Hat Ihr Kind Schlafstörungen? ja nein

Probleme beim: Einschlafen Durchschlafen hat Alpträume

Verhalten:

Ist Ihr Kind im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern:

ängstlicher selbständiger trauriger unruhiger/zappeliger wütender

Welche Stärken hat Ihr Kind / was kann es richtig gut?

Wer versorgt das Kind überwiegend? Mutter Vater andere _____

Kindergarten / Schule / Hort

Besucht(e) Ihr Kind einen Kindergarten? ja nein Welchen? _____

Welche Schule besucht Ihr Kind? Grundschule Hauptschule Realschule
 Gymnasium andere Welche? _____

In welcher Klasse ist Ihr Kind? _____

Hat Ihr Kind ein Schuljahr wiederholt oder die Vorklasse besucht? ja nein

Sind Sie mit der schulischen Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja nein

Besucht Ihr Kind einen Hort / eine Betreuung? ja nein Welchen? _____

Nimmt/ nahm Ihr Kind einen Integrationsplatz in Anspruch? ja nein

Wenn ja, wo? im Kindergarten in der Schule im Hort

Hat Ihr Kind eine Teilhabeassistenz? ja nein

Fragen zur bisherigen Therapie:

Hat / hatte Ihr Kind folgende Therapien?

Art	Name des Therapeuten	Zeitraum
Frühförderung		
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie/Sprachtherapie		
Psychotherapie		
Jugendamt/Familienhilfe		
Sonstige Therapien		

Erfolgte eine Hilfsmittelversorgung? ja neinWomit? Brille Hörgerät Gehhilfe Rollstuhl EinlagenHat Ihr Kind einen Behindertenausweis? ja nein

Grad der Behinderung _____ %

Beziehen Sie Pflegegeld? ja nein Pflegegrad _____**Wichtige Informationen:**

Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von _____

Ort, Datum: _____

HZ Arzt



Sorgeberechtigung

Liebe Eltern,

aus juristischen Gründen sind wir gehalten, die Sorgeberechtigung für Ihr Kind festzuhalten und Ihr schriftliches Einverständnis zur Vorstellung im SPZ einzuholen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich divers

Straße:

Wohnort:

Sorgerecht:

Eltern

Mutter

Vater

Sonstige / Vormund

Sorgeberechtigter	Mutter	Vater	Sonstige
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefonnummer			
E-Mail			
Arztbrief an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige/wir bestätigen hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass mein/unser Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) des varisano Klinikums Frankfurt Höchst zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.

Mit meiner Unterschrift/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für oben genanntes Kind personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

Im Übrigen, insbesondere hinsichtlich Ihrer Rechte, beachten Sie bitte unsere allgemeinen Informationen für Patienten zum Datenschutz. Diese liegen in den Aufnahmebereichen für Sie aus und sind auf unserer Webseite (<https://www.varisano.de/datenschutz>) einsehbar.

Name des/der Personensorgeberechtigten in Blockbuchstaben

Datum und Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

Hinweis: Ohne das unterschriebene Formular ist eine Untersuchung Ihres Kindes aus rechtlichen Gründen im SPZ nicht möglich.