

Sozialpädiatrischer Fragebogen für Eltern

Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, so legen Sie gerne einen Zettel mit Notizen bei.

1) Allgemeine Angaben zum Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum	heutiges Datum
		T T M M J J	
Straße Nr.	Postleitzahl	Wohnort	Telefonnummer
Behandelnder Kinderarzt, Ort		Überweisender Arzt, Ort	
Geschwisterkind bereits in SPZ-Betreuung?		Wenn ja, bei wem?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Kind besucht zur Zeit (bitte ankreuzen)		Name und Adresse der Einrichtung	
<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule			
Seit wann?	Klasse (bei Schule)	Kontaktperson in Kindergarten/Schule (z.B. Klassenlehrer/in oder Erzieher/in)	
Wo und wie lebt Ihr Kind? (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> bei Adoptiv-/ Stief-/ Pflegeeltern <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> mit der Mutter <input type="checkbox"/> mit dem Vater <input type="checkbox"/> und mit			
Sorgerecht:			

2) Grund der Vorstellung

Wer hat eine Vorstellung im SPZ empfohlen?
Ihre Gründe (bitte eintragen – ggf. separaten Notizzettel beilegen)
Mein Kind hat Probleme mit (Mehrfachnennungen möglich):
<input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> motorische Unruhe <input type="checkbox"/> Verhalten <input type="checkbox"/> Bewegung <input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/> Konzentration <input type="checkbox"/> Gedächtnis <input type="checkbox"/> Schulleistungen <input type="checkbox"/> Hören
Seit wann bestehen die Probleme?
<input type="checkbox"/> von Geburt an <input type="checkbox"/> ganz allmählich etwa im Alter von ___ Jahren <input type="checkbox"/> plötzlich im Alter von ___ Jahren

Haben Sie schon einmal an einer anderen Stelle Hilfe gesucht? Wenn ja, wo? z.B. Beratungsstelle, Familienhilfe, Kinder- und Jugendpsychiater / - psychotherapeut, Jugendamt (Ansprechpartner)?			
3) Familien- und Sozialanamnese¹			
Angaben zum Vater			
Name	Geburtsdatum	Schulabschluss	erlernter Beruf / aktuelle Tätigkeit
Angaben zur Mutter			
Name	Geburtsdatum	Schulabschluss	erlernter Beruf/ aktuelle Tätigkeit
Familienstand			
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Mutter verstorben <input type="checkbox"/> Vater verstorben <input type="checkbox"/> seit wann <input type="checkbox"/> sonstiges und zwar:			
In welchem Land sind Sie geboren?			
Vater:		Mutter:	
Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?			
Vater:		Mutter:	
Angaben zu Geschwisterkindern			
1. Kind: Name	Geburtsdatum	Kindergarten/Schule/Ausbildung	
	T T M M J J		
Sprachprobleme	Schulprobleme	Entwicklungsauffälligkeiten (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2. Kind: Name	Geburtsdatum	Kindergarten/Schule/Ausbildung	
	T T M M J J		
Sprachprobleme	Schulprobleme	Entwicklungsauffälligkeiten (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Kind: Name	Geburtsdatum	Kindergarten/Schule/Ausbildung	
	T T M M J J		
Sprachprobleme	Schulprobleme	Entwicklungsauffälligkeiten (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

¹ Bei Adoptiv- und Pflegeeltern beziehen sich diese Angaben auf die Adoptiv- und Pflegeeltern.

Familiäre Erkrankungen und Auffälligkeiten/ Belastungen			
(z.B. Diabetes, Epilepsie, Schilddrüsenerkrankung, Depressionen ...)			
Familiäre Entwicklungsbesonderheiten			
geistige Einschränkung	körperliche Einschränkung	Rechenstörung	Lese-Rechtschreibstörung
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sprachstörungen	psychische Probleme	Sonstige Auffälligkeiten, und zwar:	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Beim wem in der Familie (Vater, Mutter, Großmutter, Großvater, Tante etc.) traten bzw. treten die Auffälligkeiten auf?			

4) Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenzeit			
Wie verlief Ihre Schwangerschaft? (Mehrfachnennungen möglich)			
<input type="checkbox"/> ohne Komplikationen	<input type="checkbox"/> drohende Frühgeburt	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> starke Übelkeit
<input type="checkbox"/> Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Eingriffe	<input type="checkbox"/> Unfälle	<input type="checkbox"/> Zigaretten
<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Drogen	<input type="checkbox"/> Medikamente, und zwar _____	
<input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar:			
Wie verlief die Geburt? (siehe auch gelbes Untersuchungsheft)			
<input type="checkbox"/> Spontangeburt	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Zangen- / Saugglockengeburt	
Grund für Komplikationen			
Daten des Kindes nach der Geburt			
Schwangerschafts-Woche	Gewicht (in Gramm)	Körpergröße (in cm)	Kopfumfang (in cm)
APGAR-Werte	Nabelschnur-ph	Sonstiges und zwar:	

<input type="checkbox"/> ohne Komplikationen	<input type="checkbox"/> Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Atemstörungen
<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen	<input type="checkbox"/> Medikamente/ Antibiotika	
<input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar _____			
Verhalten im Säuglingsalter			
<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> schreckhaft
War ihr Kind ein Schreikind?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	zu welcher Tageszeit?	

5) Medizinischer Verlauf und bisherige Krankheiten		
Nimmt, nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	Welche?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind (z. B. Windpocken, Scharlach, Masern usw.)?		
Bisherige Erkrankungen:		
Art der Erkrankung, wie häufig pro Jahr?		
<input type="checkbox"/> Erkältungen, ___x/Jahr	<input type="checkbox"/> Mandelentzündungen ___ x/Jahr	<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen _ _x/Jahr
Weitere Erkrankungen und Vorfälle	Welche?	
<input type="checkbox"/> Allergien		
<input type="checkbox"/> Unfälle / Verletzungen		
<input type="checkbox"/> chronische Erkrankungen		
<input type="checkbox"/> Sonstiges		
Krankenhausaufenthalte und Operationen		
Welche Ursache?	Wann?	Wo behandelt?

Raum für Notizen, Anmerkungen und Ergänzungen

6) Bisherige Untersuchungen / Therapie- und Fördermaßnahmen (Bitte Berichte mitbringen!)

Hat Ihr Kind an Untersuchungen / Therapie- und/oder Fördermaßnahmen teilgenommen?

Um welche Maßnahme / Untersuchung handelt es sich? (bitte ankreuzen)	von wann bis wann? (Zeitraum angeben)		bei wem? (Name des Therapeuten/Arztes)
<input type="checkbox"/> Frühförderung			
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik/ Physiotherapie			
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie			
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie			
<input type="checkbox"/> Augenarzt			
<input type="checkbox"/> HNO-Arzt			
<input type="checkbox"/> Pädaudiologe			
<input type="checkbox"/> Orthopäde			
<input type="checkbox"/> Zahnarzt			

7) Handicap (Behinderungen)

Gibt es eine bekannte Behinderung bei Ihrem Kind?

nein

wenn ja: welche:

Gibt es eine Pflegestufe?

ja welche:

nein

Ist ein Behindertenausweis vorhanden?

ja Kennzeichen:

nein

Hilfsmittel(versorgung)

ja welche:

nein

Raum für Notizen, Anmerkungen und Ergänzungen

8) Kindesentwicklung			
Ernährung			
Ernährungsgewohnheiten	zutreffend		ab wann – bis wann
Haben Sie gestillt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Flaschenernährung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Breikost	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Feste Kost (z.B. Butterbrot)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ernährungsauffälligkeiten	zutreffend		ab wann – bis wann
Probleme beim Trinken/Essen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
vermehrtes Speien/Erbrechen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schluck- und Essauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere Ernährungsauffälligkeiten und zwar (bitte eintragen):			
Motorik/ Feinmotorik			
Bewegungen	beherrscht		ja, im Alter von
Krabbeln	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Freies Laufen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Dreiradfahren / Trampeltrecker/ Laufrad	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Fahrradfahren ohne Stützräder	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Umgang mit Schere (schneiden/ ausschneiden)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Knöpfe öffnen und schließen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Welche Hand benutzt Ihr Kind vorrangig?	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	
Sprechen – Hören – Sehen			
Grundlegende Fertigkeiten	beherrscht		ja, im Alter von
Lallen, Brabbeln, erste Laute	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Erste Worte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
2-3 Wortsätze	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Vollständige Sätze	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche Sprachen:	
Auffälligkeiten und Hilfsgeräte	zutreffend		seit wann (bemerkt)
Hörauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sehauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Trägt Ihr Kind ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Trägt Ihr Kind eine Brille?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Trägt Ihr Kind eine Zahnsperre?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Trägt Ihr Kind Einlagen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Schlaf				
Schlafgewohnheiten und -Schlafprobleme		zutreffend		seit wann
Kind schläft nachts durch		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
unregelmäßige Atmung		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Gab es Schlafprobleme in der Entwicklung?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wann geht Ihr Kind ins Bett?	Wie lange braucht es, um einzuschlafen?	Wann steht es auf?	Wo schläft Ihr Kind?	
			<input type="checkbox"/> eigenes Bett <input type="checkbox"/> Bett der Eltern <input type="checkbox"/> anderes	
Wo steht das Bett des Kindes?			Andere Schlafauffälligkeiten (z.B. Schnarchen, Schlafwandeln, Zähneknirschen, Schwitzen)	
<input type="checkbox"/> im eigenen Zimmer <input type="checkbox"/> im Zimmer der Eltern <input type="checkbox"/> anderes Zimmer (z.B. mit Geschwistern)				
Sauberkeit				
Sauberkeitsentwicklung		zutreffend		seit wann?
tagsüber trocken (kein Einnässen)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
tagsüber sauber (kein Einkoten)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
nachts trocken (kein Einnässen)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
nachts sauber (kein Einkoten)		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
War Ihr Kind schon einmal länger als 6 Monate trocken?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere die Sauberkeit betreffende Auffälligkeiten, und zwar				
Spielentwicklung als Kleinkind / Vorschulkind (0 – 6 Jahre)				
Auffälligkeiten beim Planschen/Baden/Schwimmen				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche?		
Auffälligkeiten beim Sandspiel/Matschen/Kneten				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche?		
Auffälligkeiten beim Klettern/Schaukeln/Rutschen				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche?		
Lieblingsspielzeug als Kleinkind				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche?		

Spiel- und Sozialverhalten

Wechselt Ihr Kind ständig das Spielzeug?

nein

ja

wie?

Kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen?

nein

ja

wie lange und womit?

Spielt Ihr Kind mit anderen Kindern? (z.B. Geschwister, Nachbarkinder, Freunde)

nein

ja

Verabredet es sich mit anderen Kindern?

nein

ja

Sieht Ihr Kind Fern?

nein

ja

wie lange (am Tag)?

Spielt Ihr Kind am Computer oder mit Videospielen?

nein

ja

wie lange (am Tag)?

Spielt Ihr Kind draußen?

nein

ja

wie lange (am Tag)?

Treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?

nein

ja

Was und wie oft?

Hat Ihr Kind ein Hobby?

nein

ja

welches?

Hält sich Ihr Kind an Regeln?

nein

ja

Kann sich Ihr Kind durchsetzen?

nein

ja

Ist Ihr Kind oft aggressiv?

nein

ja

Hat Ihr Kind Angst vor anderen Kindern?

nein

ja

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten sich von Ihnen zu trennen?

nein

ja

Weint Ihr Kind sehr oft oder schnell?

nein

ja

Gibt es typische Problemsituationen (z.B. beim Anziehen, Zubettgehen, Hausaufgaben machen)?

Welche Maßnahmen haben Sie bisher dagegen getroffen?

Kindergarten							
Besuchte Ihr Kind eine „Loslöse“- bzw. „Spiel“-Gruppe?							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von	Jahren	bis	Jahren		
Besucht(e) Ihr Kind einen Kindergarten?							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von	Jahren	bis	Jahren		
Welchen Kindergarten besucht(e) Ihr Kind?							
<input type="checkbox"/> Regelkindergarten		<input type="checkbox"/> Integrativer KIGA: <input type="checkbox"/> als Regelkind <input type="checkbox"/> als Integrativkind			<input type="checkbox"/> Heilpäd. KIGA		
Dauer der Betreuung?							
<input type="checkbox"/> ganztags		<input type="checkbox"/> vormittags		von:	bis:		
Hat Ihr Kind den Kindergarten gewechselt?							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann?		warum?			
Schule							
Wurde Ihr Kind regulär eingeschult?				Besuchte Ihr Kind Vorschule/Schul-KIGA?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Alter?	Jahren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Alter?	Jahren
Wo wurde Ihr Kind eingeschult?							
<input type="checkbox"/> Grundschule		<input type="checkbox"/> Integrativklasse		<input type="checkbox"/> Förderschule, und zwar:			
<input type="checkbox"/> andere Schulform, und zwar:							
Dauer der Betreuung				Hat Ihr Kind die Schulform gewechselt?			
<input type="checkbox"/> ganztags		<input type="checkbox"/> vormittags		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann?	
Hat Ihr Kind in der Schule Probleme? Wenn ja, welche ...?							
<input type="checkbox"/> Rechnen		<input type="checkbox"/> Lesen		<input type="checkbox"/> Schreiben		<input type="checkbox"/> Sport	
<input type="checkbox"/> Englisch		<input type="checkbox"/> mit anderen Kindern		<input type="checkbox"/> Konzentration		<input type="checkbox"/> Arbeitstempo	
Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche Klasse ?					
Wie erledigt Ihr Kind die Hausarbeiten?							
<input type="checkbox"/> alleine		<input type="checkbox"/> mit Hilfe, von			Dauer	Stunden	

Liebe Eltern,

um Missverständnisse zu vermeiden, bitten wir Sie, die unten stehende Einverständniserklärung von Ihrem Kinderarzt / Ihrer Kinderärztin unterschreiben zu lassen, bevor Sie Ihr Kind im SPZ Westmünsterland (Bocholt) anmelden.

Damit ist die Notwendigkeit der sozialpädiatrischen Diagnostik und Beratung im SPZ Westmünsterland (Bocholt) seitens der kinderärztlichen Praxis abgesichert und Sie können sicher sein, dass Sie zum Zeitpunkt der Erstvorstellung bei uns von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin eine Überweisung zum SPZ erhalten.

Bitte senden Sie diesen Zettel dann zusammen mit dem ausgefüllten SPZ-Fragebogen an uns zurück.

Freundliche Grüße

Ihr SPZ-Team

Hiermit bestätige ich, dass

.....(Name des Kindes)

zur sozialpädiatrischen Diagnostik und Beratung im SPZ Westmünsterland (Bocholt) vorgestellt werden soll.

.....(Name Kinderarzt/Kinderärztin)

.....(Ort, Datum)

.....(Unterschrift und Praxisstempel)

**Datenverarbeitung, –Weiterleitung, -Auskunft-Einholung durch das
Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) Westmünsterland
- Einwilligungserklärung –**

(gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17c Abs. 5 KHG und § 8 KDG)

Patient: _____ geboren am: _____

Anschrift: _____

Wir sind als Personensorgeberechtigte damit einverstanden, dass das Sozial Pädiatrische Zentrum (nachfolgend SPZ) die mein / unser Kind betreffenden Behandlungsdaten (Dokumentation der sozialpädiatrischen Behandlung) digital auf dem Server des Klinikum Westmünsterland GmbH und in der elektronischen Patientenakte abspeichert.

Hierbei handelt es sich um folgende Daten:

Name, Geburtsdatum, Anschrift, anamnestiche Daten, den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Datenerhebung, Beratungsinhalte, sämtliche im Rahmen von Diagnostik und Behandlung im SPZ erhobenen Untersuchungsbefunde sowie erstellte Befundberichte/Arztbriefe.

Zudem bin ich damit einverstanden, dass

- diese Daten in einem Brief an den überweisenden Arzt sowie an die Personenberechtigten übermittelt werden dürfen,
- dass das SPZ diese Daten nach vorheriger Rücksprache mit mir / uns an Stellen, die mit der Förderung/Therapie des Kindes befasst sind, weitergeben darf (auf Nachfrage der Stellen)
- dass das SPZ Daten bei anderen Ärzten und den nachfolgend aufgeführten Einrichtungen im Rahmen der sozialpädiatrischen Diagnostik und Beratung einholen bzw. einsehen darf:

- Kindergarten: _____
- Schule: _____
- Jugendamt: _____
- Sozialdienst: _____
- Arzt: _____
- Sonstige: _____

Pflegefamilien benötigen eine Vollmacht über die Gesundheitsfürsorge vom Jugendamt!

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig.

Ich bin über die wesentlichen Bestandteile der neuen Datenschutz-Gesetzgebung informiert worden. So habe ich jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenspeicherung statt. Diese Widerrufserklärung richte ich an das SPZ. Mein Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich diesen ausspreche. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)

(Unterschrift **beider** Erziehungsberechtigten)