Neuropädiatrie mit Sozialpädiatrischem Zentrum

Gesundheit Nordhessen
Klinikum Kassel

Neuropädiatrie mit Sozialpädiatrischem Zentrum
Mönchebergstr. 48 E
34125 Kassel

Telefon: 0561 980 3096
Telefax: 0561 980 6946
E-Mail: spz@gnh.net
Web: www.gnh.net

Fragebogen an die Eltern

PERSONALIEN UND VORSTELLUNGSGRUND

Name des Kindes, Vorname*: .....

Geschlecht des Kindes*: ☐ **weiblich** ☐ **männlich** ☐ **divers** **Geburtsdatum*:** .....

Straße/Wohnort*:.....

Telefon*: ..... **E-Mail*:** .....

Krankenkasse*: ..... **Kinderarzt*:** .....

Pflegegrad: ..... **Grad der Behinderung (GdB):** ..... **GdB-Merkzeichen:** .....

Chronische Erkrankung oder Behinderung des Kindes? .....

Was macht Ihnen Sorgen? Warum kommen Sie zu uns? .....

.....

Seit wann gibt es dieses Problem? .....

Wurde Ihr Kind deswegen schon an einer anderen Stelle untersucht und/oder behandelt? Wo? .....

.....

Was erhoffen Sie sich von uns? .....

.....

Wer hat Ihnen empfohlen, zu uns zu kommen? .....

Gab es in letzter Zeit bedeutsame Veränderungen in Ihrem Umfeld?.....

.....

VOM KINDERARZT AUSFÜLLEN LASSEN!* *(Bitte geben Sie den Eltern alle Vorbefunde & ggf. MRT-Bilder mit!)*

Bisherige Diagnosen*.....

Fragestellung ans SPZ* .....

.....

.....

Hinweise .....

.....

..... Praxisstempel

Pflichtfelder, bitte ausfüllen!

FAMILIE

Familienstand der Eltern: ☐ verheiratet / zusammenlebend ☐ getrennt ☐ alleinerziehend

Das Kind lebt bei: ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Pflegeeltern ☐ Heim
☐ Großeltern ☐ Stiefmutter/-vater ☐ neuer Partnerin/neuem Partner

Wer hat das Sorgerecht? ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Institution/Sonstige: ……

Geschwister:
(Halbgeschwister, Fehl- und Totgeburten, bitte kennzeichnen)

Name	Geburtsdatum	Auffälligkeiten
……	……	……
……	……	……
……	……	……
……	……	……

MUTTER	VATER
Name: …… Geburtsdatum: ……	Name: …… Geburtsdatum: ……
Geburtsname: …… Körpergröße: ……	Geburtsname: …… Körpergröße: ……
Adresse, wenn anders als beim Kind: ……	Adresse, wenn anders als beim Kind: ……
……	……
Schulabschluss: ……	Schulabschluss: ……
Gelernter Beruf: ……	Gelernter Beruf: ……
Aktuelle Tätigkeit: ……	Aktuelle Tätigkeit: ……
Staatsangehörigkeit: ……	Staatsangehörigkeit: ……
Geburtsland: ……	Geburtsland: ……
Seit wann in Deutschland lebend: ……	Seit wann in Deutschland lebend: ……
Erkrankungen der Mutter und ihrer Familie: ……	Erkrankungen des Vaters und seiner Familie: ……
……	……

Sind die leiblichen Eltern miteinander verwandt? ☐ ja ☐ nein

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft? ☐ Blutungen ☐ Fieber ☐ Unfall ☐ OP
☐ Erkrankungen oder sonstiges: …… ☐ Fruchtwasseruntersuchung: ……
☐ Nikotin ☐ Alkohol ☐ sonstige Drogen ☐ Medikamente: ……

Alter der Mutter bei Geburt: …… **Erfolgte Kinderwunschbehandlung?** ☐ ja ☐ nein

Wo erfolgte die Geburt? ☐ zu Hause ☐ Geburtshaus ☐ Klinik: ……
(Name/Land/Stadt der Klinik)

Geburt in Schwangerschaftswoche: …… **APGAR-Werte**: …/…/… *(gelbes Heft)* **Nabelschnur-pH**: …… *(gelbes Heft)*

Gewicht: ……g **Länge:** ……cm **Kopfumfang:** ……cm

Wie wurde es geboren? ☐ normal/spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke ☐ Zange

Gab es bei oder nach der Geburt Komplikationen/Besonderheiten? ……
(z.B. Atemstörung, Gelbsucht, Krämpfe, schwere Infektionen, Wochenbettdepression,…)

War ein Klinikaufenthalt nötig? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, wie lange? …… Weshalb?……

ENTWICKLUNG

Wurde die Hörfähigkeit <u>HNO-ärztlich</u> überprüft? ☐ nein ☐ ja Wo? ……. *(Praxisname)*

Wann? …… Befund auffällig? ☐ nein ☐ ja Weshalb? ……

Wurde die Sehfähigkeit <u>augenärztlich</u> überprüft? ☐ nein ☐ ja Wo? ……. *(Praxisname)*

Wann? …… Befund auffällig? ☐ nein ☐ ja Weshalb? ……

Trägt Ihr Kind eine Brille? ☐ nein ☐ ja

BEWEGUNG

Greifen nach Gegenständen mit: …….. Monaten freies Sitzen mit: …….. Monaten

Krabbeln mit: …… Monaten freies Laufen mit: …….. Monaten

Fahrrad fahren mit: …….. Jahren allein An-/Ausziehen mit: …….. Jahren

Bei welcher Tätigkeit erscheint Ihr Kind ungeschickt? ……

SPRACHE

Muttersprache: ……. Erste Worte mit: …… Monaten

Zweiwortsätze mit: …… Monaten Mehrwortsätze mit: …… Monaten

Wortschatz: ☐ < 20 Worte ☐ 20-50 Worte ☐ 50-200 Worte ☐ > 200 Worte

Kann ein Fremder Ihr Kind verstehen? ☐ ja ☐ nein, weil ……..

Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? ……..

SCHLAF

Wie lange schläft Ihr Kind durchschnittlich nachts/tagsüber: …… Stunden

Gibt es Schlafprobleme? Wenn ja, wie oft? ☐ nein ☐ ja ……
(z.B. Einschlafen, Durchschlafen, Aufwachen, Träumen)

Wo schläft Ihr Kind? ☐ im eigenen Bett ☐ im eigenen Zimmer ☐ mit den Eltern ☐ mit Geschwistern

SAUBERKEIT

Ab wann war Ihr Kind sauber *(Stuhl und Urin)*? tagsüber mit …….. Jahren nachts mit …….. Jahren

Nässt Ihr Kind wieder ein, nachdem es bereits trocken war? ☐ ja ☐ nein

Kotet ihr Kind wieder ein, nachdem es bereits trocken war? ☐ ja ☐ nein

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung? ☐ ja ☐ nein

ESSEN UND TRINKEN

Kann Ihr Kind allein essen? ☐ ja ☐ nein Kann es allein aus einem Becher trinken? ☐ ja ☐ nein

Isst Ihr Kind feste Kost? ☐ ja ☐ nein

FREUNDSCHAFT UND SPIELEN

Spielt Ihr Kind gerne ☐ mit anderen ☐ allein ☐ beides Gibt es feste Freundschaften? ☐ ja ☐ nein

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne? …….

Wie lange spielt es diese Spiele am Stück? ……

Medienkonsum (TV, Handy, Tablet, PC, Konsole etc.): …….. Stunden täglich

KINDERGARTEN / KITA

Kindergarten/KiTa/Krippe/Tagesmutter *(Name und Ort)*: ……
(bei Schulkind, ehemaliger Kindergarten)

Wie alt war Ihr Kind als es in den Kindergarten kam? …… Jahre ☐ **mit Integrationsplatz?**

Gibt bzw. gab es dort Auffälligkeiten? ☐ nein ☐ ja, welche: ……
(Bitte Berichte in Kopie beifügen, wenn vorhanden!)

SCHULE

Schule *(Name, Ort und Schulart)*: …… ☐ **Hortbetreuung**

Klassenstufe: …….. **Alter bei Einschulung:** …….. Jahre ☐ **Einzelbeförderung/Fahrdienst**

☐ **mit Inklusion/Förderschwerpunkt:** …….. ☐ **Schulassistenz**

In welchem Fach ist Ihr Kind gut? …… In welchem hat es Probleme? ……

Dauer der Hausaufgaben: …….. Macht Ihr Kind diese selbstständig? ☐ ja ☐ nein, mit: ……

Sind Sie mit den Leistungen zufrieden? ☐ ja ☐ nein Gibt es oft Streit mit anderen? ☐ ja ☐ nein

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE UND THERAPIEN

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? ☐ nein ☐ ja

Wann? ……Wo? …… Weshalb? ……

Wann? ……Wo? …… Weshalb? ……

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? ☐ nein ☐ ja

Wann? ……Wo? …… Weshalb? ……

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind bisher? Wann? ……
(z.B. Mumps, Masern, Röteln, Scharlach, Keuchhusten, Windpocken, sonstige Erkrankungen) ……

Hatte Ihr Kind epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe? ☐ nein ☐ ja, wann? ……

Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein? ☐ nein ☐ ja, welche? ……

……

Welche Fördermaßnahmen oder Therapien erhält oder erhielt ihr Kind?
(Bitte Befunde in Kopie beifügen, wenn vorhanden)

☐ Physiotherapie (Krankengymnastik) Wo?…… Wann?……

☐ Ergotherapie Wo?…… Wann?……

☐ Logopädie Wo?…… Wann?……

☐ Frühförderung Wo?…… Wann?……

☐ Psychotherapie / Psychiatrie Wo?…… Wann?……

☐ Sonstiges Wo?…… Wann?……

☐ Jugendamt Weshalb?…… Wann?……

Fragebogen ausgefüllt von: …….. **Datum:** …… **Unterschrift:** ……