

# Fragebogen



Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

## 1. Angaben zu den Eltern

Vor- und Nachname der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ alleinerziehend? Ja

Vor- und Nachname des Vaters: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ alleinerziehend? Ja

verheiratet  getrennt lebend  geschieden  Lebensgemeinschaft

Sorgerecht: gemeinsam  bei der Mutter  beim Vater

beim Jugendamt (Einverständniserklärung beifügen)

2. Angaben zu Adoptiveltern  Pflegeeltern  Stiefvater/Stiefmutter

Vor- und Nachname der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ alleinerziehend? Ja

Vor- und Nachname des Vaters: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ alleinerziehend? Ja

## 3. Namen der Geschwister, Geburtsdatum, Kindergarten/Schule/Beruf

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

## 4.1 Weshalb möchten Sie Ihr Kind bei uns untersuchen lassen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4.2 Seit wann bestehen die Schwierigkeiten?

\_\_\_\_\_

## 4.3 Bestehen zum Beispiel Schwierigkeiten:

- |          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| beim     | <input type="checkbox"/> Krabbeln        | <input type="checkbox"/> Laufen          | <input type="checkbox"/> Hüpfen              |
| beim     | <input type="checkbox"/> Greifen         | <input type="checkbox"/> Malen           | <input type="checkbox"/> Basteln             |
| beim     | <input type="checkbox"/> Sprechen        | <input type="checkbox"/> Verstehen       | <input type="checkbox"/> Schreiben           |
| bei/beim | <input type="checkbox"/> Rechtschreibung | <input type="checkbox"/> Lesen           | <input type="checkbox"/> Rechnen             |
| in der   | <input type="checkbox"/> Ausdauer        | <input type="checkbox"/> Konzentration   |  |
| mit      | <input type="checkbox"/> Geschwistern    | <input type="checkbox"/> anderen Kindern | <input type="checkbox"/> Erwachsenen/Lehrern |

#### 4.4 Bitte machen Sie weitere Angaben zum Verhalten Ihres Kindes:

stimmt	stimmt nicht	Mein / Unser Kind...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	klagt häufig über Bauchschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	klagt häufig über Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wehrt sich gegen Essen, es isst ungerne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	isst übermäßig viel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nässt oder kotet manchmal ein („macht die Hose voll“)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wacht nachts auf und hat Angst (z.B. Alpträume)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schläft häufig im elterlichen Bett
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kann sich fast gar nicht selbst beschäftigen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	braucht ständig Anregung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hat häufig Schwierigkeiten sich von Vater oder Mutter zu trennen (weint, schreit, klammert)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist allgemein ängstlich und besorgt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist gegenüber anderen Kindern scheu/ängstlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist häufig missgelaunt und/oder weinerlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist ungewöhnlich traurig oder bedrückt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hat häufig ausgeprägte Wutausbrüche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hat häufig Streit mit anderen Kindern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kann sich gegen andere Kinder nicht wehren

#### 5.1 Verlieft die Schwangerschaft kompliziert? (z.B. Medikamenteneinnahme, Erkrankungen, Frühgeburt, Vorbelastungen)

\_\_\_\_\_

Geburtsklinik/Hausgeburt: \_\_\_\_\_

Das Kind ist \_\_\_\_\_ Wochen zu früh \_\_\_\_\_ Wochen zu spät  rechtzeitig geboren  
Gewicht \_\_\_\_\_ g Länge \_\_\_\_\_ cm KU \_\_\_\_\_ cm APGAR Werte \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Probleme bei/nach der Geburt: \_\_\_\_\_

**5.2 Wie alt war Ihr Kind, als es anfang:** zu krabbeln \_\_\_\_\_ zu laufen \_\_\_\_\_

erste Worte zu sprechen \_\_\_\_\_ in kleinen Sätzen zu sprechen \_\_\_\_\_

sauber und trocken war? nachts \_\_\_\_\_ tagsüber \_\_\_\_\_

**6. Unser Kind besucht den Kindergarten:** \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Gruppenleiterin: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Unser Kind besucht die Schule:** \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Lehrerin: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

#### 7.1 Wo wurde Ihr Kind in letzter Zeit ärztlich untersucht? (Name/Ort)

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Augenarzt: \_\_\_\_\_

Hals-Nasen-Ohren-Arzt: \_\_\_\_\_

Orthopäde: \_\_\_\_\_

Kinder- und Jugendpsychiater/Nervenarzt: \_\_\_\_\_

Sonstige Ärzte: \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind schon orthopädisch behandelt? Ja  Nein

**7.2 Wenn ja, wegen der Wirbelsäule (z.B. Skoliose?)**

wegen der Hüfte (z.B. Dysplasie?)

wegen der Füße (z.B. Fußfehlstellung/Fehlbildung?)

**7.3 Durchgemachte bzw. chronische Krankheiten**

\_\_\_\_\_

**Wurde Ihr Kind schon einmal testpsychologisch untersucht?** Ja  Nein

wenn ja, wo: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_

**7.5 Wurde Ihr Kind schon einmal stationär behandelt (Krankenhaus/Therapieeinrichtung)?**

Wo \_\_\_\_\_ von/bis \_\_\_\_\_ weshalb \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_ von/bis \_\_\_\_\_ weshalb \_\_\_\_\_

**8. Welche Therapien oder Beratungen wurden/werden durchgeführt? (bei wem? von/bis?)**

Krankengymnastik: \_\_\_\_\_

Frühförderung: \_\_\_\_\_

Psychomotorik: \_\_\_\_\_

Ergo-/Beschäftigungstherapie: \_\_\_\_\_

Sprachtherapie: \_\_\_\_\_

Psychotherapie: \_\_\_\_\_

psychol. Beratung: \_\_\_\_\_

Erziehungsberatung: \_\_\_\_\_

andere Therapien: \_\_\_\_\_

**9. Können Sie folgende Unterlagen mitbringen?**

Pädagogische Berichte (Frühförderung/Kindergarten/Schule) Ja  Nein

Gutachten/Therapieberichte/Zeugnisse Ja  Nein

**10. Benötigt Ihr Kind ständig Hilfsmittel oder Medikamente?**

Brille  Hörgerät  Rollstuhl  Gehhilfe

andere Hilfsmittel (z.B. Rehakarre): \_\_\_\_\_

Medikament 1 \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Medikament 2 \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Medikament 3 \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Medikament 4 \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

**11. Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?** Ja  Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

Welche Zusatzzeichen sind im Ausweis markiert? \_\_\_\_\_

Bekommen Sie Pflegegeld nach dem BSHG? \_\_\_\_\_

**12. Wer ist die/der überweisende Ärztin/Arzt?** \_\_\_\_\_

13. Wurde Ihr Kind schon einmal bei uns untersucht? Ja  Nein   
Ein Geschwisterkind? Ja  Nein  Wenn ja, Name: \_\_\_\_\_

14. Sind Entwicklungsstörungen oder schwere Erkrankungen in der Familie bekannt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Möchten Sie uns außerdem noch etwas mitteilen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wer hat diesen Anmeldebogen ausgefüllt? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

Ich/wir sind damit einverstanden, dass bei Bedarf durch das Sozialpädiatrische Zentrum Berichte von Ärzten, Therapeuten, Kliniken und Einrichtungen wie Frühförderung, Schule, Kindergarten, Jugendamt, Kinderheim über unser Kind \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ angefordert bzw. ausgetauscht werden.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/er

**Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht benötigen wir unbedingt das schriftliche Einverständnis beider Elternteile für die Vorstellung im SPATZ:**

Bitte schicken Sie uns gegebenenfalls den unteren Abschnitt zusammen mit dem Fragebogen zu.

Ich bin mit der Vorstellung meines Kindes zur Diagnostik und Therapie im Sozialpädiatrischen Ambulanz- und Therapiezentrum Emsland einverstanden.

---

Ort/Datum

Unterschrift Mutter

---

Ort/Datum

Unterschrift Vater