

# FRAGEBOGEN

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_



Leitende Ärztin: Dr. Dorothee Veer  
Lingener Str. 5, 49716 Meppen, 05931 / 152-1730, spatz@ludmillerstift.de

## 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                       bei dem Vater   
   beim Jugendamt (Einverständniserklärung beifügen)   
Name des Vormundes (wenn eingesetzt) \_\_\_\_\_

2. Angaben zu den      Adoptiveltern                       Pflegeeltern                       Stiefvater/Stiefmutter   
Vor- und Nachname der Mutter \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ alleinerziehend? ja   
Vor- und Nachname des Vaters \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ alleinerziehend? ja   
verheiratet                       getrennt lebend                       geschieden                       Lebensgemeinschaft

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

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_

Familiensprache: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 4.2 Seit wann bestehen 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**

- | trifft zu                | trifft nicht zu          | 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 nicht gegen andere Kinder wehren  |

**4.5 Verließ 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 \_\_\_\_\_

**4.6 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 \_\_\_\_\_

**5. Unser Kind besucht den Kindergarten**

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Gruppenleiterin \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Unser Kind besucht die Schule**

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Lehrerin \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**6.1 Wo wurde Ihr Kind in letzter Zeit ärztlich untersucht? (Name und Ort)**

Kinderarzt \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_  
Augenarzt \_\_\_\_\_  
Hals-Nasen-Ohren-Arzt \_\_\_\_\_  
Orthopäde \_\_\_\_\_  
Kinder- und Jugendpsychiater/Neurologe \_\_\_\_\_  
Sonstige Ärzte \_\_\_\_\_

**6.2 Wurde ihr Kinde schon orthopädisch behandelt?**

- ja  nein  
 wegen der Wirbelsäule (z.B. Skoliose)  
 wegen der Hüfte (z.B. Dysplasie)  
 wegen der Füße (z.B. Fußfehlstellung/Fehlbildung)  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**6.3 Durchgemachte bzw. chronische Krankheiten**

\_\_\_\_\_

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

- ja  nein  
wo \_\_\_\_\_ von/bis \_\_\_\_\_ weshalb \_\_\_\_\_  
wo \_\_\_\_\_ von/bis \_\_\_\_\_ weshalb \_\_\_\_\_

**6.5 Wurde Ihr Kind schon einmal ambulant operiert?**

- ja  nein  
wo \_\_\_\_\_ von/bis \_\_\_\_\_ weshalb \_\_\_\_\_  
wo \_\_\_\_\_ von/bis \_\_\_\_\_ weshalb \_\_\_\_\_

**7. Welche Therapien oder Beratungen wurden/werden durchgeführt? (Name und Zeitraum)**

Krankengymnastik \_\_\_\_\_  
Frühförderung \_\_\_\_\_  
Psychomotorik \_\_\_\_\_  
Ergo-/Beschäftigungstherapie \_\_\_\_\_  
Sprachtherapie \_\_\_\_\_  
Psychotherapie \_\_\_\_\_  
Psychologische Beratung \_\_\_\_\_  
Erziehungsberatung \_\_\_\_\_  
Andere Therapien \_\_\_\_\_

**8. Können Sie folgende Unterlagen mitbringen**

- Pädagogische Berichte (Frühförderung/Kindergarten/Schule)  ja  nein  
Gutachten/Therapieberichte/Zeugnisse  ja  nein

**9. Benötigt Ihr Kinde ständig Hilfsmittel oder Medikamente?**

Brille  Hörgerät  Rollstuhl  Gehhilfe

andere Hilfsmittel (z.B. Reha-Buggy) \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**10. Hat ihr Kind einen Behindertenausweis?**

ja  nein

Grad der Behinderung \_\_\_\_\_

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

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

**11. Wer ist die/der überweisende Ärztin/Arzt?**

\_\_\_\_\_

**12. Wurde Ihr Kind schon einmal getestet/untersucht? (z.B. Intelligenztest, Entwicklungstest etc.)**

ja  nein

wo \_\_\_\_\_

wann \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie, wenn möglich, Ergebnisse/Berichte bei

**13. Wurde Ihr Kind schon einmal bei uns untersucht?**

ja  nein

Ein Geschwisterkind?  ja  nein Name \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15. Falls das Kind in einer Einrichtung der stationären Kinder- und Jugendhilfe lebt:**

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

Aufnahmedatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

**16. Möchten Sie uns außerdem noch etwas mitteilen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wer hat diesen Anmeldebogen ausgefüllt?**

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

# Einverständniserklärung

Für **die Vorstellung** eines Kindes bei uns im SPATZ ist Voraussetzung, dass **jeder Sorgerechtsinhaber** sein Einverständnis erteilt. Bitte füllen Sie folgende Angaben sorgfältig aus:

Ich bin mit der Vorstellung meines Kindes \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ zur Diagnostik und ggf. Therapie im Sozialpädiatrischen Ambulanz- und Therapiezentrum Emsland einverstanden.

## Unterschrift der Sorgerechtsinhaber:

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Mutter \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Vaters \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Vormundes\* \_\_\_\_\_

\*wenn Sorgerecht nicht bei den Eltern

---

Ich bin damit einverstanden, dass **bei Bedarf** durch das Sozialpädiatrische Zentrum **Berichte** von Ärzten, Therapeuten, Kliniken und Einrichtungen wie Frühförderung, Schule, Kindergarten, Jugendamt, Wohngruppe über unser Kind angefordert bzw. ausgetauscht werden. **(Nicht Zutreffendes und nicht Gewünschtes bitte streichen)**

## Unterschrift der Sorgerechtsinhaber:

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Mutter \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Vaters \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Vormundes\* \_\_\_\_\_

\*wenn Sorgerecht nicht bei den Eltern

---

---

---

---

---



Leitende Ärztin: Dr. Dorothee Veer  
Lingener Str. 5, 49716 Meppen, 05931 / 152-1730, spatz@ludmillenstift.de