

# Anmeldeformular

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon/ Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_



Leitende Ärztin: Dr. Dorothee Veer  
Lingener Str. 5 | 49716 Meppen

T 05931 152-1730 | E 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

### 2.1 Falls das Kind in einer Einrichtung der stationären Kinder- und Jugendhilfe oder Pflegefamilie lebt:

Name der Einrichtung, Familie \_\_\_\_\_  
Aufnahmedatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner \_\_\_\_\_

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

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

**Familiensprache:**

\_\_\_\_\_

**4.0 Wer hat die Vorstellung bei uns empfohlen?**

- Arzt     Schule/ KIGA     Therapeut     Eigeninitiative     Sonstiges

**4.1 Weshalb möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen 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 |

Weiter Seite 3

**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

**4.4.1 Welche Stärken hat Ihr Kind?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4.5 Verliep die Schwangerschaft kompliziert?** (z.B. Medikamenteneinnahme, Erkrankungen, Frühgeburt, Vorbelastungen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsklinik/Hausgeburt:

\_\_\_\_\_

Das Kind ist \_\_\_\_\_ Wochen zu früh \_\_\_\_\_ Wochen zu spät

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 \_\_\_\_\_ rechtzeitig geboren

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



# 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.

## Ich bin mit einer automatischen Terminmitteilung einverstanden:

per E-Mail: \_\_\_\_\_

per SMS: \_\_\_\_\_

(nicht Zutreffendes und nicht Gewünschtes bitte streichen)

## Ich bin mit einer automatischen Terminmitteilung 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



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

