

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 | ☐ Krabbeln | ☐ Laufen | ☐ Hüpfen |
| beim | ☐ Greifen | ☐ Malen | ☐ Basteln |
| beim | ☐ Sprechen | ☐ Verstehen | ☐ Schreiben |
| bei/beim | ☐ Rechtschreibung | ☐ Lesen | ☐ Rechnen |
| in der | ☐ Ausdauer | ☐ Konzentration | |
| mit | ☐ Geschwistern | ☐ anderen Kindern | ☐ Erwachsenen/Lehrern |

Weiter Seite 3

4.4 Bitte machen Sie weitere Angaben zum Verhalten Ihres Kindes

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

4.4.1 Welche Stärken hat Ihr Kind?

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 _____
Ergotherapie _____
Sprachtherapie _____
Psychotherapie _____
Psychologische Beratung _____
Erziehungsberatung _____
Andere Therapien _____

8. Können Sie folgende Unterlagen mitbringen

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

9. Benötigt Ihr Kinde regelmäßig 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? _____

Besteht ein Pflegegrad? nein ☐ ja ☐ : ____ Grad

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 Name _____ ☐ nein

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

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 (kann jederzeit widerrufen werden):

o per SMS: _____

Unterschrift der Sorgerechtsinhaber:

Ort, Datum _____ Unterschrift der Mutter _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des Vaters _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des Vormundes* _____

*wenn Sorgerecht nicht bei den Eltern

Link zum Flyer!

