



**ANMELDEBOGEN KINDERZENTRUM PELZERHAKEN - AMBULANZ**

Name des Kindes:  weiblich  männlich  divers

Geburtsdatum:

Straße:

Geburtsort/Land:

Wohnort:

Email:

Telefon:

Krankenkasse:

**Wer hat das Sorgerecht für das Kind?**

Mutter  Vater  Verwandte  Pflegeeltern  Amtsvormundschaft

**Bei wem lebt das Kind?**

Eltern  Mutter  Vater  Pflege- oder Adoptiveltern  
 Verwandten  in einer Einrichtung  kein fester Wohnsitz

**Bitte tragen Sie folgende Namen, Telefonnummer(n) und Postanschrift ein:**

- der leiblichen Mutter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- des leiblichen Vaters: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- der Pflege-/Adoptiveltern \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- des Vormundes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche weiteren Personen leben mit im Haushalt (Name, Alter)?**

**Gibt es leibliche Geschwister Ihres Kindes, die in einem anderen Haushalt leben?**

Warum soll Ihr Kind im Kinderzentrum vorgestellt werden?

Welche Therapien und Medikamente erhält Ihr Kind aktuell?

Bitte besprechen Sie die Anmeldung für das Kinderzentrum mit dem Arzt Ihres Kindes und lassen Sie an dieser Stelle den Stempel der Praxis einsetzen:

**Bitte unbedingt vom Arzt Ihres Kindes ausfüllen lassen:**

Liebe Frau Kollegin, Lieber Herr Kollege,  
bitte teilen Sie uns an dieser Stelle die Gründe für die Überweisung sowie Ihre Wünsche und Erwartungen für die Vorstellung des oben genannten Kindes im Kinderzentrum mit.

Halten Sie einen späteren stationären Aufenthalt im Kinderzentrum für erforderlich?

o ja, wegen:

o nein

**Bitte unterschreiben Sie nun als Sorgeberechtigter die Anmeldung Ihres Kindes:**

Ort, Datum:

Ihre Unterschrift:

**Bitte bringen Sie zum Termin im Kinderzentrum folgende Unterlagen mit:**

- \* Versichertenkarte
- \* Überweisungsschein mit „SPZ“
- \* Mutterpass und Gelbes Vorsorgeheft Ihres Kindes, ggf. Schwerbehindertenausweis
- \* Befunde vom Kinderarzt und allen weiteren Ärzten
- \* Ergebnisse vom Augenarzt/ Brillenstärke und HNO-Arzt bzw. Pädaudiologen
- \* Berichte von Therapeuten (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten)
- \* Berichte aus Kindergarten oder Schule
- \* alle Hilfsmittel wie Brillen, Hörgeräte, Einlagen, Orthesen usw.



Liebe Eltern,

**die ersten Lebensjahre sind eine wichtige Zeit in der Entwicklung eines Kindes. Bitte füllen Sie deshalb den folgenden Fragebogen für uns aus. Damit helfen Sie uns, die Situation Ihres Kindes besser einschätzen zu können, und wir haben gemeinsam mehr Zeit während des persönlichen Termins im Kinderzentrum.**

**Vielen Dank!**

**Welche Wohnorte hat Ihr Kind bisher gehabt?**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**Welche Kindergärten hat Ihr Kind besucht?**

1. KiTa: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

2. KiTa: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

3. KiTa: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Welche Fördermaßnahmen gab es während der Kindergartenzeit?**

Frühförderung im Kindergarten \_\_\_\_\_ FLS/Woche

Frühförderung Zuhause \_\_\_\_\_ FLS/Woche

Einzelintegrationsmaßnahme

Integrationsplatz

Einzelbegleitung für \_\_\_\_\_ Std/Woche

Hilfen zur Erziehung/Familienhilfe SPFH

Logopädie

Ergotherapie

Physiotherapie

Psychomotorik

Psychotherapie

**Welche Schulen hat Ihr Kind besucht?**

1. Schule: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

2. Schule: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

3. Schule: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Welche Fördermaßnahmen gab es während der Schulzeit?**

Sprachheilklasse

DaZ-Klasse

Förderschwerpunkt Lernen

Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung

Förderschwerpunkt Motorik

Förderschwerpunkt Emotionale Entwicklung

Förderschwerpunkt Autismus

Medikamente:

Logopädie

Ergotherapie

Physiotherapie

Psychomotorik

Psychotherapie

Schulbegleitung

Schulpsychologen

Psychiatr. Behandlung

**Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?**

ja, die \_\_\_\_\_ Klasse       nein  
 ja, die \_\_\_\_\_ Klasse

**Gab es eine Zeit, in der Sie den Eindruck hatten, dass Ihr Kind keine Fortschritte oder sogar Rückschritte in seiner Entwicklung macht?**

ja, im Jahr: \_\_\_\_\_ in folgenden Bereichen:

nein

**Gab es eine Zeit, in der Ihr Kind oder Ihre ganze Familie viel Stress oder Angst hatte?**

ja, im Jahr: \_\_\_\_\_ aus folgenden Gründen:

nein

**Woran merken Sie, wenn es Ihrem Kind nicht gut geht?**

---

---

**Bei getrennt lebenden Eltern:**       die Trennung erfolgte: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

die Eltern haben nie zusammen gelebt

die Trennung verlief einvernehmlich

die Trennung verlief (hoch)strittig

**Gibt es aktuell eine festgelegte Besuchsregelung?**

ja, folgende: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit Monat/Jahr: \_\_\_\_\_

Wird diese Regelung zuverlässig eingehalten?

ja

nein

nein, Kontakt besteht nicht regelmäßig, sondern in folgender Weise:

---

nein, kein Kontakt (mehr) zu

Vater

Mutter

seit: \_\_\_\_\_

**Gab oder gibt es körperliche oder psychische Erkrankungen oder Fälle von Alkohol- oder Substanzmissbrauch in der Familie? Wenn ja, wann/bei wem?**

---

---

---



Bitte geben Sie alle *aktuellen* Hilfsmittel an wie Brille, Hörgeräte, Einlagen, Orthesen, Rollator etc:

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

o ja, \_\_\_\_\_% Merkzeichen: \_\_\_\_\_ o nein

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? o ja: \_\_\_\_\_ o nein

### **ANGABEN ZUR VORDIAGNOSTIK IHRES KINDES**

*Sie helfen uns sehr, wenn Sie angeben, bei welchen Ärzten und wann Ihr Kind zuletzt behandelt wurde/ in Behandlung ist. Bitte nennen Sie uns Namen, Ort, Telefonnummer sowie ein Stichwort zu den Untersuchungsergebnissen, soweit bereits bekannt:*

---

Falls vorhanden, Ergebnisse aus anderen SPZ:

---

Augenarzt und HNO- Arzt oder Pädaudiologie:

---

EEG/ Kinderneurologie/Neuropädiatrie:

---

Humangenetik:

---

MRT:

---

Orthopädie:

---

Psychologie:

---

Kinder- und Jugendpsychiatrie:

---

***Bitte senden Sie uns bereits im Voraus alle wichtigen Vorbefunde in Kopie zu!  
Herzlichen Dank – Ihr SPZ-Team!***