



ANMELDEBOGEN KINDERZENTRUM PELZERHAKEN - FACHKLINIK

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 stationär behandelt 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 stationäre Überweisung sowie Ihre Wünsche und Erwartungen mit. Alle Kinder, die stationär zu uns kommen sollen, erhalten vorher einen ambulanten Termin in einer unserer prästationären Sprechstunden, um die Indikation zu klären und den Aufenthalt vorzubereiten.

Bitte unterschreiben Sie nun als Sorgeberechtigter die Anmeldung Ihres Kindes:

Ort, Datum:

Ihre Unterschrift:

Bitte bringen Sie zur prästationären Sprechstunde 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 Ihres 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?

o ja, die _____ Klasse o nein
o 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?

o ja, im Jahr: _____ in folgenden Bereichen:

o nein

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

o ja, im Jahr: _____ aus folgenden Gründen:

o nein

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

Bei getrennt lebenden Eltern: o die Trennung erfolgte: _____ (Monat/Jahr)

o die Eltern haben nie zusammen gelebt

o die Trennung verlief einvernehmlich

o die Trennung verlief (hoch)strittig

Gibt es aktuell eine festgelegte Besuchsregelung?

o ja, folgende: _____

_____ seit Monat/Jahr: _____

Wird diese Regelung zuverlässig eingehalten?

o ja

o nein

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

o nein, kein Kontakt (mehr) zu

o Vater

o 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 Team der Fachklinik!