

Zentrum für Kindesentwicklung
Sozialpädiatrisches Zentrum
Ltg.: Dr. Inge Flehmig
Rümkerstr. 15-17
22307 Hamburg
Telefon: 040-6315218
www.SPZ-Hamburg.de

Anmeldebogen mit Vorgeschichte Ihres Kindes

Name, Vorname des Kindes _____

Geb. am: _____ weiblich männlich

Nationalität: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon priv.: _____ dienstl./Handy _____

Gesetzliche Krankenversicherung: _____

Über wen ist das Kind versichert? _____
Name, Geburtsdatum

Erziehungsberechtigte: Mutter Vater Andere

Name, Vorname: _____

Geb. am: _____

Anschrift (falls abweichend von o.g. Anschrift): _____

Überweisung durch: _____
Kinderarzt, praktischer Arzt, Internist

Datum: _____ Erziehungsberechtigte/r _____

Fragestellung des überweisenden Arztes:

Stempel des überweisenden **Kinderarztes, hausärztl. tätigen Allgemeinmediziners, Praktischen Arztes oder Internisten:**

1. Von wem geht die Vorstellung im Zentrum für Kindesentwicklung aus?

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Kinder- oder Hausarzt | <input type="checkbox"/> | Eltern | <input type="checkbox"/> |
| Erzieher/Lehrer | <input type="checkbox"/> | Sonstige | <input type="checkbox"/> |

2. Welche Probleme hat Ihr Kind?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Wachstum, Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> | Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> |
| Körperbeherrschung/Bewegung | <input type="checkbox"/> | Ernährung | <input type="checkbox"/> |
| Geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> | Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> | Schulleistungen | <input type="checkbox"/> |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | <input type="checkbox"/> |
| Sehvermögen | <input type="checkbox"/> | | |

Emotionale - oder Verhaltensprobleme:

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Familiäre Belastungen (z.B. Beziehungsstörungen, Trennung, Krankheit, Tod) | <input type="checkbox"/> | Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> |
| | | Aggressivität/Wut | <input type="checkbox"/> |
| Soziale Schwierigkeiten/Kontaktprobleme | <input type="checkbox"/> | Ängste | <input type="checkbox"/> |

a) Beschreiben Sie bitte die Probleme, Auffälligkeiten oder Störungen näher:

b) Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten? _____ Monate/Jahre

3. Hat Ihr Kind Geschwister, Halbgeschwister, Pflege- oder Adoptivgeschwister?

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

a) Sind die Geschwisterkinder bereits im Zentrum bekannt? ja nein

b) Besteht ein Adoptionsverhältnis oder Pflegeverhältnis? ja nein

4. Sind Entwicklungsstörungen oder andere Erkrankungen in der Familie bekannt?

nein ja

wenn ja, welche? _____

5. Fragen zur Schwangerschaft:

Sterilitätsbehandlung nein ja Nikotin nein ja
Fehlgeburten nein ja Alkohol nein ja
Seelische Belastung nein ja Drogen nein ja
Medikamente nein ja wenn ja, welche? _____
Komplikationen in der Schwangerschaft? nein ja
wenn ja, welche? _____

6. Fragen zur Geburt

Erfolgte die Geburt

zum Termin _____ Woche
zu früh _____ Woche
zu spät _____ Woche
spontan Sektio Zange Saugglocke
Gewicht _____ Länge _____ KU _____ Apgar _____
Nabelschnur-pH _____
Komplikationen während der Geburt? nein ja
wenn ja, welche? _____

7. Komplikationen nach der Geburt

Gelbsucht Unruhe sonstige
Atemstörungen Krämpfe
Trinkschwäche Infektionen

8. Bisherige Entwicklung

(bitte Monat/Jahr angeben)

Lächeln _____ Erste Worte _____
Gezieltes Greifen _____ Erste kurze Sätze _____
Drehen _____ Trocken (tags/nachts) _____
Freies Sitzen _____ Sauber (tags/nachts) _____
Krabbeln _____ Selbstständiges Essen _____
Freies Gehen _____ Selbstständiges Anziehen _____

Ergänzende Angaben:

Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand oder einen Rückschritt der Entwicklung gegeben?

nein ja in welchen Bereichen?

9. Freizeit und Spielverhalten

Kann sich ihr Kind allein beschäftigen? ja nein

Hat ihr Kind Freunde/Freundinnen? ja nein

Wie viel Zeit verbringt ihr Kind mit Fernsehen, PC-Spielen und ähnlichem? _____ Stunden/Tag

10. Therapien

Krankengymnastik nein ja seit wann _____ bis _____

Ergotherapie nein ja seit wann _____ bis _____

Logopädie nein ja seit wann _____ bis _____

Psychomotorik nein ja seit wann _____ bis _____

Psychotherapie nein ja seit wann _____ bis _____

11. Geht Ihr Kind in den Kindergarten/ in die Krippe?

nein ja seit wann? _____

Regelgruppe Integrationsgruppe

12. Welche Schule/Sonderschule besucht Ihr Kind?

_____ Klasse: _____

Hat es eine Klasse wiederholt? nein ja wenn ja, welche? _____

13. Hatte Ihr Kind Vorerkrankungen / Krankenhausaufenthalte / Operationen?

nein ja

wenn ja, welche? _____

14. Nimmt Ihr Kind Medikamente?

nein ja

wenn ja, welche? _____

15. Welche Untersuchungen wurden bereits bei Ihrem Kind durchgeführt?

Augenarzt HNO-Arzt MRT Orthopädie

EEG psychologische Tests

Die entsprechenden Unterlagen bringen Sie bitte zum ärztlichen oder psychologischen Untersuchungstermin mit.