

# SPZ – Informationsbogen

Bitte füllen Sie diesen Informationsbogen möglichst vollständig aus:

**Name, Vorname des Kindes:**

.....geb.:..... Nationalität: ..... Konfession:.....  
Vater: .....geb.:..... Nationalität: ..... Konfession:.....  
Mutter:.....geb.:..... Nationalität: ..... Konfession:.....  
Adresse: .....  
Telefon: .....

**Versichert durch Vater / Mutter?**

Krankenkasse:.....  
Private Krankenkasse nebst Vers.Nr.....  
  
Behandelnde/r Kinderärztin/-arzt: .....

**Bei getrennt lebenden Eltern:**

**Anschrift des / der Hauptversicherten:**

Adresse: .....  
Telefon: .....

• **Weshalb stellen Sie Ihr Kind im SPZ vor?**  
*Bitte unbedingt kurz in Stichworten beschreiben*

• **Angaben zur Familie:**

**Vater:** (leiblich, Stiefvater / Pflegevater, ggf. Angaben zu Beiden)

- **Erkrankungen:**.....
- **Schulabschluss:** .....
- **Berufsausbildung:** .....
- **ausgeübter Beruf:** .....

**Mutter:** (leiblich, Stiefmutter / Pflegemutter, ggf. Angaben zu Beiden)

- **Erkrankungen:**.....
- **Schulabschluss:** .....
- **Berufsausbildung:** .....
- **ausgeübter Beruf:** .....

**Familienstand:** (bitte ankreuzen)

- ledig    verheiratet    geschieden    getrennt lebend    verwitwet (seit wann?.....)

**Geschwister:**

*(bitte unterstreichen)*

Name:.....	geb.: .....	Kindergarten / Schule
Name:.....	geb.: .....	Kindergarten / Schule
Name:.....	geb.: .....	Kindergarten / Schule
Name:.....	geb.: .....	Kindergarten / Schule
Name:.....	geb.: .....	Kindergarten / Schule

Bei getrennt lebenden Eltern: **Wer hat das Sorgerecht** für das Kind / die Kinder:

gemeinsam                      oder  Mutter                      oder  Vater

Unterschrift	Unterschrift
Einverständnis Mutter: _____	Einverständnis Vater: _____

• **Angaben zur Entwicklung:**

**Schwangerschaftsverlauf** (Zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> ohne Komplikationen	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> drohende Frühgeburt
<input type="checkbox"/> Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Eingriffe	<input type="checkbox"/> Unfälle
<input type="checkbox"/> Zigarettenkonsum	<input type="checkbox"/> Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> Sonstiges:.....

Wurden Medikamente eingenommen?    Nein    Ja (*Wenn ja, welche- wie lange?.....*)

**Geburt** (*einige Angaben können dem gelben Vorsorgeheft entnommen werden*):

In welcher Schwangerschaftswoche entbunden ?.....                      Dauer der Geburt: .....

**Verlauf:**         normal         Wehentropf         Zange         Saugglocke         Kaiserschnitt

Lage:.....

**Geburtsgewicht:**.....g    **Größe:**.....cm    **Kopfumfang:**.....cm    **APGAR- Werte:**.....

**Neugeborenenzeit** (Zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> ohne Komplikationen	<input type="checkbox"/> Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Atemstörungen
<input type="checkbox"/> Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen
<input type="checkbox"/> Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> Sonstiges: .....	

**Säuglings- und Kleinkindesalter:**

Art der Ernährung ? .....

Gestillt?     Nein     Ja    Wenn ja, wie lange ? .....

Traten Ernährungs-, Verdauungs- und / oder Bewegungsstörungen auf? (*Zutreffendes bitte unterstreichen*)

Wie war die Aktivität des Kindes?    ruhig    unauffällig    unruhig   (*Zutreffendes bitte ankreuzen*)

Mit wie vielen Monaten: umdrehen.....krabbeln: .....

freies Sitzen:.....freies Laufen: .....

**Sprachentwicklung:**

Erste Worte wann (in Monaten) ? ..... Erste Zwei-Wort-Sätze wann ? .....

**Sprachauffälligkeiten?**

Nein  Ja

Wenn Ja: Welche Sprachauffälligkeiten ? .....

In welchen Alter ? : .....

**Schlafverhalten:** Probleme beim Ein- und / oder Durchschlafen?

Nein  Ja

Wenn Ja, welche Probleme in welchem Alter .....

.....

.....

Probleme mit der **Sauberkeitserziehung?**

Nein  Ja

Wenn Ja, welche Probleme ? .....

.....

tagsüber: zuverlässig trocken und sauber mit: ..... Jahren

nachts: zuverlässig trocken und sauber mit: ..... Jahren

Haben Sie **Auffälligkeiten** (z.B. unsicher, ungern, ablehnend) beobachtet beim:

- a) klettern?  Nein  Ja
- b) schaukeln ?  Nein  Ja
- c) basteln ?  Nein  Ja
- d) malen?  Nein  Ja
- e) puzzeln?  Nein  Ja
- f) schmuse(n) (Körperkontakt)?  Nein  Ja
- g) Schmerzempfinden  normal  kaum ausgeprägt  übermäßig

**Kindergartenbesuch:**

von:.....bis:.....

Trennungsschwierigkeiten? .....

Wie war das Sozialverhalten? .....

Wurden Auffälligkeiten beobachtet oder berichtet? .....

.....

• **Angaben zur Schulzeit:**

Einschulung mit..... Jahren Rückstellung / Klassenwiederholung?:  Nein  Ja Wenn ja, wann? .....

Derzeitige Klasse:..... Welche Schulform ? : .....

Umschulungen ? :  Nein  Ja Wenn ja, wann und welcher Art ? .....

**Probleme in der Schule ?**

a) mit den Leistungen ?  Nein  Ja Wenn ja, in welchen Fächern ? .....

b) mit Gleichaltrigen ?  Nein  Ja Wenn ja, welcher Art ? .....

c) mit den Lehrern ?  Nein  Ja Wenn ja, welcher Art? .....

**Hausaufgaben:**

- a) wie lange meistens ? .....
- b) alleine oder mit Hilfe ? .....
- c) Kooperationsprobleme ? .....

• **Verschiedenes:**

Haben Sie während der Entwicklung Auffälligkeiten beobachtet; hat Ihnen irgendetwas Sorgen bereitet?

.....

.....

.....

**Fördermaßnahmen:**

Erhält oder erhielt Ihr Kind Fördermaßnahmen (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie etc.)?

Nein       Ja

Befindet sich Ihr Kind bereits in einer Therapie? Z. B. Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie o. ä.?

Wenn ja, bitten wir Sie, **beide Seiten der Anlage I** von dem zuständigen Therapeuten ausfüllen zu lassen.

Ist Ihr Kind in der Frühförderstelle angebunden/angemeldet?  Nein  Ja

Bestehen **Erziehungsschwierigkeiten**?  Nein  Ja

wenn Ja welche? .....

.....

.....

.....

Wann erstmals aufgetreten? .....

Welche Maßnahmen haben Sie getroffen? .....

.....

Haben Sie Ihr/das Kind schon einmal in einer **anderen Institution, Einrichtung oder Praxis** vorgestellt

(z.B. SPZ, Kinder- und Jugendpsychiater, Beratungsstelle, Psychologe, Klinik o.ä.)?:

Nein       Ja

Wenn Ja, **wann** haben Sie Ihr Kind **weshalb** und wo vorgestellt (**Bitte Befunde besorgen!**)?

.....

.....

.....

Wie ist das **Verhältnis** des Kindes zu den Eltern / Geschwistern? .....

.....

.....

Gibt es andere wichtige **Bezugspersonen** für das Kind? .....

.....

Was macht Ihr / das Kind in der Regel in seiner Freizeit?.....  
.....  
.....  
.....

**Bisherige Erkrankungen:**

Kinderkrankheiten?       Nein  Ja Welche?.....  
.....

Allergien?                       Nein  Ja Welche ?.....  
.....

Häufige Mandel- oder / und Ohrenentzündungen ?       Nein       Ja

Unfälle?                       Nein  Ja Welche ? .....  
.....

Verletzungen?                       Nein  Ja Welche ? .....  
.....

Krankenhausaufenthalte und Operationen ?       Nein       Ja Wann und weshalb?  
.....  
.....  
.....

Letzter **Hörtest** (Datum und bei wem durchgeführt): .....

Letzter **Sehtest** (Datum und bei wem durchgeführt): .....

**Eigene Bemerkungen** (Besonderheiten, wichtige Hintergrundinformationen, ergänzende Angaben, usw.):  
.....  
.....  
.....  
.....

**Ich bin mit einer Vorstellung meines Kindes: ..... im SPZ einverstanden.**

**Unterschrift Sorgeberechtigter I:** .....

**Unterschrift Sorgeberechtigter II:** .....

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: ..... Datum: .....

***Sämtliche Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!***

**Unterschrift und Stempel vom Kinderarzt, sonst können keine Termine vergeben werden.**

# Anlage I

Sehr geehrte Therapeutinnen und Therapeuten,  
um eine bestmögliche Diagnostik und Einschätzung des Patienten durch unser SPZ im Bethanien-Krankenhaus Moers durchführen zu können, bitten wir im einen aktuellen Bericht bei der Vorstellung Ihres Patienten sowie um die Beantwortung der im Folgenden aufgeführten Fragen.

Vielen Dank im Voraus!

1. Beginn der Therapie:

.....  
.....  
.....

2. Ausgangsdiagnose:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Häufigkeit der Therapiestunden pro Woche:

.....  
.....  
.....

4. Anzahl der bisher durchgeführten Behandlungen:

.....  
.....  
.....

5. Gab es Therapiepausen, die länger als 3 Monate andauerten? Wenn ja, wann?

.....  
.....  
.....

# Anlage I

6. Bisherige Therapieschwerpunkte:

.....  
.....  
.....

7. Sind Schwierigkeiten aufgetreten? Wenn ja, welche?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8. Aktuelle Diagnose:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

9. Zukünftige Therapieziele:

.....  
.....  
.....

10. Ist das Therapierende absehbar oder ist noch eine längerfristige Therapie zu erwarten:

.....  
.....  
.....

11. Sonstige Anmerkungen:

.....  
.....  
.....  
.....

12. Praxis: Name des Therapeuten

.....

.....

.....

.....

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**  
**Ihr SPZ-Team**