

Anzumeldendes Kind/Jugendlicher

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Junge Mädchen divers

Staatsangehörigkeit: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße/Nr.: _____

Religion: _____

Geburtsort: _____ bei Migration, seit wann in Deutschland: _____

Krankenkasse/Versicherung

Name der Krankenkasse: _____ Kassen-Nr.: _____

Versichert über: Mutter Vater Andere _____

Anschrift des Hauptversicherten: _____

Pflegegrad: _____ Grad der Behinderung: _____

Sorgerecht: Beide Eltern Nur die Mutter Nur der Vater Andere _____

Familienstand (bitte ankreuzen):

ledig verheiratet geschieden getrennt lebend verwitwet (seit wann? _____)

Mutter (leiblich)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße/Nr.: _____

Schulabschluss: _____ Erlernter Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit: Teilzeit:

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Vater (leiblich)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße/Nr.: _____

Schulabschluss: _____ Erlerner Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit: Teilzeit:

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Stief-/Pflege-/Adoptiveltern

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße/Nr.: _____

Schulabschluss: _____ Erlerner Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit: Teilzeit:

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße/Nr.: _____

Schulabschluss: _____ Erlerner Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit: Teilzeit:

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Andere (z.B. Heim, Jugendamt) _____

Name: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße/Nr.: _____

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Freiwillige Angabe: War Ihr Kind oder ein Geschwisterkind schon in unserem SPZ in Behandlung?

Fragebogen zur Erstvorstellung

Grund der Vorstellung

Aufgetretene Probleme

Seit wann besteht das Problem? _____

Geschwister:

NAME	GEB. DATUM	GESCHLECHT (W/M/D)	SCHULE (KLASSE)/AUSBILDUNG

Halb-/Stiefgeschwister:

NAME	GEB. DATUM	GESCHLECHT (W/M/D)	SCHULE (KLASSE)/AUSBILDUNG

Wichtige Erkrankungen in der Familie:

Besondere Belastungen für das Familienleben:

Besondere Unterstützung für das Familienleben:

Schwangerschafts-Verlauf:

Vorzeitige Wehen: ja nein Frühgeburt: ja nein

Psychische Belastung: ja nein

Anderes (z.B. Rauchen, Medikamente) _____

Geburt (Vorsorgeheft):

Normalgeburt: ja nein Kaiserschnitt: Saugglocke: Zange:

Gewicht: _____ Länge: _____ Kopfumfang: _____ Apgar: _____

SSW: _____ Besonderheiten: _____

Entwicklungsschritte:

Krabbeln: _____ (mit Mo/Jahr) Freies Laufen: _____ (mit Mo/Jahr)

Erste Worte: _____ (mit Mo/Jahr) 2-Wort-Sätze: _____ (mit Mo/Jahr)

Vollständig trocken: _____ (mit Mo/Jahr) Vollständig sauber: _____ (mit Mo/Jahr)

Entwicklungsbesonderheiten?

Welche Sprachen spricht Ihr Kind? _____

Welche Sprache hat Ihr Kind als erstes gelernt? _____

Welche Sprache wird überwiegend in der Familie gesprochen? _____

Kindergarten:

Regelkindergarten Integrativkindergarten Heilpäd. Kindergarten I-Hilfe

von _____ bis _____

Besonderheiten im Verhalten: _____

Evtl. Name und Tel. der KITA:

Schulbesuch:

SCHULART UND NAME (Z.B. GRUNDSCHULE REGENBOGENSCHULE)	VON XX BIS XX (Z.B. 08/2010 - 07/2014)

Aktuelles Schuljahr: _____ Klasse

Schuljahr wiederholt: nein ja _____ Klasse

Sonderpädagogische Förderung (AO-SF)

Integrationshilfe:

Wenn ja, welche: _____

Wie sind Schulleistungen? _____

Wie versteht sich das Kind mit Mitschülern? _____

Wie versteht es sich mit den Lehrern? _____

Gesundheitliche Probleme/Belastungen:

Chronische Krankheiten:

Unfälle/Gewalterlebnisse:

Dauerhafte Medikamente:

Sonstiges:

Krankenhausaufenthalte:

NAME DES KRANKENHAUSES	BEHANDLUNGSZEITPUNKT	GRUND DES AUFENTHALTES

Vorangegangene Diagnostik/Beratung/Therapie:

(z.B.: Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie, Sprachtherapie, Erziehungsberatung, Jugendamt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie etc.)

Wer (Name oder Einrichtung):

Wann (Zeitraum der Behandlung):

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Hörtest: nein ja, am _____

auffällig unauffällig

Sehtest: nein ja, am _____

auffällig unauffällig

Ich bin mit einer Vorstellung meines Kindes _____ im SPZ einverstanden.

Die Unterschrift aller Sorgeberechtigten ist notwendig.

Unterschrift Sorgeberechtigter 1: _____

Unterschrift Sorgeberechtigter 2: _____

Ausgefüllt von: _____ am: _____

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Behandelnde:r Ärzt:in: _____

Unterschrift und Stempel der bzw. des überweisenden Ärzt:in, sonst können keine Termine vergeben werden:

Unterschrift, Praxisstempel

Sehr geehrte Therapeutinnen und Therapeuten,

um eine bestmögliche Diagnostik und Einschätzung des Patienten durch unser SPZ im BethanienKrankenhaus Moers durchführen zu können, bitten wir um einen aktuellen Bericht bei der Vorstellung Ihrer bzw. Ihres Patient:in sowie um die Beantwortung der im Folgenden aufgeführten Fragen.

Vielen Dank im Voraus!

Praxis/Name der Therapeuten: _____

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 drei Monate andauerten? Wenn ja, wann?

6. Bisherige Therapieschwerpunkte:

7. Sind Schwierigkeiten aufgetreten? Wenn ja, welche?

8. Aktuelle Diagnose:

9. Zukünftige Therapieziele:

10. Ist das Therapieende absehbar oder ist noch eine längerfristige Therapie zu erwarten?

11. Sonstige Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr SPZ-Team

