

## Fragebogen zur Erstanmeldung

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

**Pflichtfelder**

Falls abweichend vom Hauptversicherten

**Sozialpädiatrisches Zentrum  
mit Frühförderung**

Tel. 06371 934-133  
Fax. 06371 934-136

Langwiedener Str. 12  
66849 Landstuhl

m /  w /  div.

**Kind:**

**Name:** ..... **Vorname:** ..... **Geb.-Dat.:** .....

**Str.+Nr.:** ..... **PLZ:** ..... **Wohnort:** .....

**Telefon/Mobil Mutter:** ..... **Telefon/Mobil Vater:** .....

E-Mail Mutter: ..... E-Mail Vater: .....

Bundesland:  Rheinland-Pfalz  anderes Bundesland Stadt/Kreis: .....

Besucht Kind eine **Kita**  oder eine **Schule**  Wenn ja, welche?: .....

**Krankenkasse:** Name der Krankenkasse .....

**Versichert mit:**  Vater  Mutter  Pflegevater  Pflegemutter  Selbst

**Name:** ..... **Vorname:** ..... **Geb.-Dat.:** .....

**Str.+ Nr.:** ..... **PLZ:** ..... **Wohnort:** .....

Telefon/Mobil: ..... Nationalität: .....

**Wohnhaft bei:**  Eltern  Vater  Mutter  Pflegevater  Pflegemutter

Wohneinrichtung  Sonstige: .....

**Name:** ..... **Vorname:** ..... **Geb.-Dat.:** .....

**Sorgeberechtigt:**  Eltern  Vater  Mutter  Sonstige: .....

Besonderheiten bzgl. Sorgeberechtigung: .....

**Waren Sie mit Ihrem Kind bereits in einem anderen SPZ?** Wenn ja, wo und wann? .....

**Wird ein Geschwisterkind bei uns betreut?** Wenn ja, Name: .....

**Stellungnahme des Kinder-/Hausarztes *(unbedingt notwendig!)*:**

**Fragestellung / Auftrag:**

.....

**Besondere Dringlichkeit, weil....**

.....

**Bekannte Vordiagnosen:**

.....

.....  
**Unterschrift + Stempel des Arztes**

## 1. Warum wollen Sie Ihr Kind im SPZ vorstellen:

Mein Kind hat folgendes Problem: **(Bitte unbedingt ausfüllen)**

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

Geburt in Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

freies Gehen mit \_\_\_\_\_ Monaten

erste Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten

## Auf welchem Gebiet bestehen die Störungen, bzw. die Auffälligkeiten?

(mehrere Nennungen möglich)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verhalten            | <input type="checkbox"/> Entwicklungsrückschritte      | <input type="checkbox"/> Selbstverletzungsverhalten |
| <input type="checkbox"/> Konzentration        | <input type="checkbox"/> Tics (z.B. häufiges Zwinkern) | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle       |
| <input type="checkbox"/> Schulleistungen      | <input type="checkbox"/> Zwangshandlungen              | <input type="checkbox"/> Fehlbildungen              |
| <input type="checkbox"/> Erziehung            | <input type="checkbox"/> Einnässen                     | <input type="checkbox"/> Ernährung, Essverhalten    |
| <input type="checkbox"/> traurige Verstimmung | <input type="checkbox"/> Einkoten                      | <input type="checkbox"/> Wachstum/Körperbau         |
| <input type="checkbox"/> soziale Kontakte     | <input type="checkbox"/> Schlafstörung                 | <input type="checkbox"/> Hör- u. Sehvermögen        |
| <input type="checkbox"/> Ängste               | <input type="checkbox"/> Sprache                       | <input type="checkbox"/> Schmerzen (Kopf, Bauch)    |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität        | <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung            | <input type="checkbox"/> Lesen/Schreiben/Rechnen    |
| <input type="checkbox"/> Drogen               | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe             | <input type="checkbox"/> Sonstiges                  |

## 2. Sind / waren Sie mit Ihrem Kind in Behandlung bei...?

Kinder- und Jugendpsychiatrie \_\_\_\_\_

Externe Psychotherapie/Psychologen \_\_\_\_\_

Neuropädiatrie \_\_\_\_\_

Ergotherapie/Logopädie/Physiotherapie \_\_\_\_\_

Frühförderung \_\_\_\_\_

## 3. Bitte vorhandene Arztbriefe und Berichte von Beratungsstellen / SPZ / Schule / Kita mitschicken!

4. Können Sie sich auf Deutsch gut verständigen?  ja  nein

Falls nein, müssen sie zum Termin bei uns einen Dolmetscher mitbringen.

**Bitte bei Verständigungsproblemen einen Ansprechpartner mit Telefonnummer angeben!!!!**

\_\_\_\_\_

Ist es notwendig, dass ein/e Familienhelfer/in zum Termin mitkommt?  ja  nein