

## 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:** ..... **Nationalität:** .....

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

**Zuständiges Sozialamt/Jugendamt:** ..... **Krankenkasse** .....

**Wohnhaft bei:**  Vater  Mutter  Pflegevater  Pflegemutter

Wohneinrichtung  Sonstige: .....

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

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

Besonderheiten bezügl. Sorgeberechtigung: .....

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

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

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

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

E-Mail: .....

Waren Sie mit dem oben genannten Kind oder mit einem Geschwisterkind  
bereits im Sozialpädiatrischen Zentrum?  ja  nein Name .....

Auf wessen Initiative möchten Sie einen Termin bei uns?

Eigeninit.  Schule  KiGa  Haus-/Kinderarzt .....  Jugendamt  
Herr/Frau Dr.

Die ärztliche Erstuntersuchung erfolgt in unserem Zentrum in Landstuhl.

Je nach Wohnort erfolgen die therapeutischen Maßnahmen in unseren Außenstellen. Bitte kreuzen Sie den von Ihnen  
gewünschten Behandlungsort an:

Landstuhl  Kaiserslautern  Pirmasens  Zweibrücken  Kusel

**Wird vom SPZ ausgefüllt**

**Berufsgruppe**

Psych  HP  Logo  Ergo  KG  PM/LRS/Sonstige  
 Bot./HM/Spina  AFSK  Dolmetscher  SPFH  Dringend  Normal



#### **4. Fragen zu früheren Erkrankungen und Behandlungen**

- Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung? (z. B. Epilepsie, Asthma, Mucoviszidose)

Nein  Ja, welche?

.....  
.....

- Hatte Ihr Kind Krankenhausaufenthalte/Operationen?

Nein  Ja, welche?

.....  
.....

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein  Ja, welche?

.....  
.....

- Hat Ihr Kind Hilfsmittel? (Ggf. mitbringen zur Arztvorstellung)

Brille  Schienen  Einlagen  Rollstuhl  Hörgerät

Behindertenausweis  Pflegestufe festgestellt

Sonstige:

#### **5. Welche Kita/Schule besucht Ihr Kind zur Zeit bzw. welche ist geplant?:**

.....

#### **6. Gibt es besondere Belastungen oder Erkrankungen in der Familie?**

.....  
.....

**Können Sie sich auf Deutsch gut verständigen?**  ja  nein

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

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

**Der Fragebogen wurde ausgefüllt mit Unterstützung von:**

.....  
.....

.....

**7. Stellungnahme des Kinder-/Hausarztes, bitte unterschreiben und abstempeln lassen**

**(unbedingt notwendig!):**

Ist eine Besiedelung mit multiresist. Keimen (MRSA, ESBL o. ä.) bei der/dem Pat. bekannt?

ja /  nein

**Fragestellung / Auftrag:**

.....  
.....

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

.....  
.....

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

.....  
**Unterschrift/Stempel des Arztes**

**8. Fragen zu den bisher aufgesuchten ÄrztInnen, Beratungsstellen und TherapeutInnen (bitte schriftliche Befunde zum Arzttermin mitbringen):**

Wo haben Sie Ihr Kind bereits wegen der o. g. Schwierigkeiten vorgestellt?

	Name	Wann?	Grund bzw. Diagnose
<input type="checkbox"/>	Kinderärzte		
<input type="checkbox"/>	Neurologen		
<input type="checkbox"/>	Orthopäden		
<input type="checkbox"/>	Augenärzte		
<input type="checkbox"/>	HNO-Ärzte		
<input type="checkbox"/>	Kinderklinik		
<input type="checkbox"/>	Psych. Beratungsstelle		
<input type="checkbox"/>	Kinder- u. Jugendpsy.		
<input type="checkbox"/>	Andere		

Bisherige oder laufende Behandlungen?

	Name	Wann?	Grund bzw. Diagnose
<input type="checkbox"/>	Krankengymnastik		
<input type="checkbox"/>	Logopädie		
<input type="checkbox"/>	Ergotherapie		
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie		
<input type="checkbox"/>	Kur/Rehamaßnahme		
<input type="checkbox"/>	Frühförderung		

Bisherige medizintechnische Untersuchungen wegen der o. g. Probleme?

	Name	Wann?	Grund bzw. Diagnose
<input type="checkbox"/>	Röntgenaufnahmen		
<input type="checkbox"/>	EEG		
<input type="checkbox"/>	CT		
<input type="checkbox"/>	NMR		
<input type="checkbox"/>	Ultraschall		