

Fragebogen zur Erstanmeldung

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

m / w / div.

Kind:

Name: Vorname: Geb.-Dat.:

Str.: 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.: 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

vorregistriert im Patientensekretariat

Berufsgruppe

Psych HP Logo Ergo KG PM/LRS/Sonstige
 Bot./HM/Spina AFSK D N (bitte immer **D** oder **N** ankreuzen!!)

3. Fragen zu früheren Erkrankungen und Behandlungen

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

Nein Ja, welche?

.....
.....

3.2. Hatte Ihr Kind Krankenhausaufenthalte/Operationen?

Nein Ja, welche?

.....
.....

3.3. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, welche?

.....
.....

3.4. Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel? (Ggf. mitbringen zur Arztvorstellung)

Brille Schienen Einlagen Rollstuhl Hörgerät

Behindertenausweis Pflegestufe festgestellt

Sonstige:

4. 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 |

5. 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:

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

6. Bitte hier Ihren Kinder- od. Hausarzt um eine ärztliche Stellungnahme bitten, unterschreiben und abstempeln lassen (*unbedingt notwendig!*):

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

ja / nein

.....

.....

.....

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

.....
Unterschrift/Stempel des Arztes

7. 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
Kinderärzte			
Neurologen			
Orthopäden			
Augenärzte			
HNO-Ärzte			
Kinderklinik			
Psych. Beratungsstelle			
Kinder- u. Jugendpsy.			
Andere			

Bisherige oder laufende Behandlungen?

	Name	Wann?	Grund bzw. Diagnose
Krankengymnastik			
Logopädie			
Ergotherapie			
Psychotherapie			
Kur/Rehamaßnahme			
Sonstige Hilfen			

Bisherige medizintechnische Untersuchungen wegen der o. g. Probleme?

	Name	Wann?	Grund bzw. Diagnose
Hörprüfung			
Sehprüfung			
Röntgenaufnahmen			
EEG			
CT			
NMR			
Ultraschall			