

# Elternfragebogen des SPZ Helios Krankenhaus St. Anna in Duisburg

Datum: \_\_\_\_\_

Name des Kindes? Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von \_\_\_\_\_

**Angaben zu den Eltern** (Wichtig um Sie telefonisch oder postalisch erreichen zu können!):

Mutter: Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_, Beruf: \_\_\_\_\_

Vater: Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_, Beruf: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Wer ist Ihr Kinderarzt/ärztin?** \_\_\_\_\_

Haben Sie um den Termin bei uns gebeten oder hat der Arzt Sie zu uns geschickt?  gebeten,  geschickt

**Mit welchem Anliegen kommen Sie? Welche Probleme hat Ihr Kind? Welche Hilfe erhoffen Sie sich?**

---

---

---

---

Haben Sie sich mit diesem Problem schon an andere Institutionen gewandt (Institut für Jugendhilfe, andere SPZs, Kinderpsychologen, Erziehungsberatungsstellen, Jugendamt etc.)?  Nein,  Wenn ja, an welche? Ergebnis?

---

---

---

**Gibt es weitere Fragen, Probleme oder Sorgen, die Sie mit uns besprechen wollen?**

---

---

---

**Wurden schon einige der folgenden Untersuchungen bei Ihrem Kind durchgeführt:**

|   | Wann? | Wo?   | Ergebnis? |
|---|-------|-------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Schichtbildaufnahme des Gehirns (=MRT)                           | _____ | _____ | _____     |
| <input type="checkbox"/> Hirnstromableitung (=EEG)  | _____ | _____ | _____     |
| <input type="checkbox"/> Intelligenztestung   | _____ | _____ | _____     |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenwerte  | _____ | _____ | _____     |
| <input type="checkbox"/> Hörtest (beim Kinderarzt, HNO, Schul-U. z. B.)                   | _____ | _____ | _____     |
| <input type="checkbox"/> Sehtest (beim Kinder-, Augenarzt, Schul-U. z. B.)                | _____ | _____ | _____     |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechseluntersuchungen aus Blut/Urin                         | _____ | _____ | _____     |
| <input type="checkbox"/> Erbgutsuntersuchung (Chromosomen, Fruchtwasseruntersuchung etc.) | _____ | _____ | _____     |

Hatte oder erhält Ihr Kind **Therapien/Förderungen**?

|   | Seit wann | bis wann | Wo    |
|---|-----------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Frühförderung                      | _____     | _____    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik (=Physiotherapie) | _____     | _____    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie                       | _____     | _____    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sprachtherapie (=Logopädie)        | _____     | _____    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogik                      | _____     | _____    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Autismusspezifische Therapie       | _____     | _____    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie                     | _____     | _____    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung                 | _____     | _____    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lerntherapie/Nachhilfe             | _____     | _____    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sportverein/Musikunterricht        | _____     | _____    | _____ |

Hat Ihr Kind **soziale Helfer** (I-Helfer, SPFH, Familienhelferin, Dolmetscher, KI, Jugendamt etc.)? Wenn ja, welche?

---

---

---

Welche **Hilfsmittel** (Brille, Hörgeräte, Monitor, Rollstuhl, Einlagen etc.) hat Ihr Kind?

---

---

---

Welche **Krankheiten** (Lungenentzündung, Krampfanfall, Migräne, Asthma etc.) hat Ihr Kind schon durchgemacht?

Erkrankung: \_\_\_\_\_ In welchem Jahr? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Hat Ihr Kind schon einmal im **Krankenhaus gelegen**, ist **operiert worden** oder war es in Kur?

Wieso? \_\_\_\_\_ In welchem Jahr? \_\_\_\_\_ In welcher Klinik/Stadt? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Erhält Ihr Kind **Medikamente, Salben, Inhalationen, homöopathische Behandlung** etc.?

Welche? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_ Welche Dosis (Menge des Medikaments)? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Angaben zur Familie:** Eltern leben  zusammen,  getrennt, wer hat das Sorgerecht? \_\_\_\_\_

**Geschwister:** Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: evtl. bestehende Krankheiten? \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Gibt es **Krankheiten bei Verwandten** (Epilepsie, Lernschwäche, Behinderung, Stoffwechsel-, psychische Krankheit etc)?  
Wer (Mutter, Opa, Tante etc.)? Welche Krankheiten liegen vor?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie ist die **Schwangerschaft** mit Ihrem Kind verlaufen?

ohne Schwierigkeiten,  mit folgenden Problemen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie war die **Geburt**? (Für diese Angaben können Sie die erste Seite des gelben Vorsorgehefts zu Rate ziehen.)

In welchem Krankenhaus wurde Ihr Kind geboren? \_\_\_\_\_

Normale Entbindung oder  Kaiserschnitt oder  Zangengeburt oder  Saugglocke

In welcher Schwangerschaftswoche wurde das Kind entbunden? \_\_\_\_\_SSW.

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ g, Geburtslänge \_\_\_\_\_ cm; Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm,

Apgar \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Nabelschnur-ph \_\_\_\_\_,

Musste das Kind nach der Geburt behandelt werden?

Nein,  Ja und zwar so:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wann hat Ihr Kind folgende Fähigkeiten zum ersten Mal gezeigt in Jahre;Monate (J;M)?**

**Motorik:**

Alleine auf dem Boden gesessen mit \_\_\_\_\_ J;M. Erstes Mal gekrabbelt mit \_\_\_\_\_ J;M.

Frei gelaufen mit \_\_\_\_\_ J;M. Dreirad selbst getreten mit \_\_\_\_\_ J;M.

Fahrradfahren ohne Stützräder zum ersten Mal mit \_\_\_\_\_ J;M.

**Sprache:**

Hat Ihr Kind sprachliche Probleme?  Ja.  Nein. Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Sprache(n) spricht Ihr Kind (beste Sprache unterstreichen)? \_\_\_\_\_

Erste zielgerichtete Worte (Auto, Ball etc.) mit \_\_\_\_ J;M. Erste Zwei-Wort-Sätze (z. B. „Mama komm!“) mit \_\_\_\_

J;M. Normal gesprochen mit \_\_\_\_ J;M. Sprachverständnis normal?  Ja.  Nein.

Kann Ihr Kind Geräusche normal hören?  Ja.  Nein. Wenn nein, wie und wann haben Sie das bemerkt?

\_\_\_\_\_

**Sauberkeit:**

Kind brauchte tagsüber keine Windel (Pampers) mehr mit \_\_\_\_\_ J;M, nachts mit \_\_\_\_\_ J;M. Probleme mit Stuhlgang/Wasserlassen  Ja.  Nein. (Nässt wieder ein, Verstopfung, Einkoten, häufig Toilette etc.)? Welche?

---

---

Welchen **Kindergarten** besucht(e) Ihr Kind?

normaler Kindergarten,  integrativer/inklusive Kindergarten,  heilpädagogischer Kindergarten  
Straße: \_\_\_\_\_, Ort \_\_\_\_\_

Hat(te) Ihr Kind Probleme im Kindergarten?  Nein,  Wenn ja, welche?

---

---

Welche **Grundschule** besucht(e) Ihr Kind?

normale Grundschule,  inklusive Klasse (= gemeinsames Lernen),  Förderschule, welcher Art?

Straße: \_\_\_\_\_, Ort \_\_\_\_\_

Hat(te) Ihr Kind Probleme in der Grundschule?  Nein,  Wenn ja, welche?

---

---

Welche **weiterführende Schule** besucht(e) Ihr Kind?

Sekundarschule,  Realschule,  Gesamtschule,  Gymnasium,  Förderschule, welcher Art?

Straße: \_\_\_\_\_, Ort \_\_\_\_\_

Welche Klasse besucht Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Probleme in der weiterführenden Schule?  Nein,  Wenn ja, welche?

---

---

---

**Hiermit entbinde ich Ärzte, Psychologen und Therapeuten des SPZ Duisburg von der Schweigepflicht** über mein Kind \_\_\_\_\_, geboren \_\_\_\_\_ gegenüber folgenden Institutionen:

(Zutreffendes ankreuzen, nicht Zutreffendes bitte deutlich streichen)

- |  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tagesmutter,        | <input type="checkbox"/> Frühförderung,    | <input type="checkbox"/> Kindergarten,                 | <input type="checkbox"/> Schule,            | <input type="checkbox"/> Nachmittagsbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeuten,    | <input type="checkbox"/> Krankengymnasten, | <input type="checkbox"/> Logopäden,                    | <input type="checkbox"/> Psychotherapeuten, |   |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus,        | <input type="checkbox"/> Fachärzte,        | <input type="checkbox"/> Spezialambulanzen,            |   |   |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung, | <input type="checkbox"/> Psychologen,      | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater, |   |   |
| <input type="checkbox"/> Sozialamt,          | <input type="checkbox"/> Jugendamt,        | <input type="checkbox"/> Landschaftsverband            |   |   |

Ich bin damit einverstanden, dass auch die genannten Personen bzw. Institutionen den Ärzten, Psychologen und Therapeuten des SPZ Duisburg über mein Kind Auskunft geben.

Duisburg, den \_\_\_\_\_  
(Name in Druckschrift) (Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)