



## Fragebogen Anmeldung SPZ

Name des Kindes:	Vorname:	geboren am:
Geburtsname:		
Wohnort:	PLZ:	Straße, Nr.:
telefonisch erreichbar unter:	oder:	
Kinderarzt oder überweisender Arzt:		
Krankenkasse:		
Hauptversicherter, Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Schule, Kindertagesstätte:		Klasse:

### Sorgeberechtigt sind:

- leibliche Eltern    
  Mutter    
  Vater    
  Pflegefamilie    
  andere

	Vater	Mutter	andere z.B. Partner
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Anschrift (abweichend):			
Schulabschluss:			
Beruf:			
Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> std.weise <input type="checkbox"/> Ausbild.	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> std.weise <input type="checkbox"/> Ausbild.	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> std.weise <input type="checkbox"/> Ausbild.

### Geschwister/Halbgeschwister

Name/Vorname	Geburtsdatum	Kita/Schule/Beruf	Besondere Erkrankungen/ Beschwerden

**Bereits durchgeführte spezielle Untersuchungen/vorherige Vorstellungen**

		wann?	wo?
EEG:	<input type="checkbox"/>		
MRT:	<input type="checkbox"/>		
CT:	<input type="checkbox"/>		
Fachärzte/Psychologe:	<input type="checkbox"/>		

**Bisherige Krankenhausaufenthalte**

wo?	wann?	warum?

**Wurde Ihre Tochter/Ihr Sohn oder ein Geschwisterkind früher bereits in unserer Einrichtung betreut?**

ja     nein

**Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?**

Verhaltens-/Erziehungsprobleme:     ja     nein  
 Kontaktschwierigkeiten:             ja     nein  
 Hör- und Sprachprobleme:          ja     nein  
 Bewegungsstörungen:              ja     nein

Anderes:

**Vorstellungsgrund aus der Sicht des Arztes:**



## Anamnesebogen Teil B (Bitte am Vorstellungstag mitbringen)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft/Geburt:

Normalgeburt       Frühgeburt      Schwangerschaftswoche:   
 Erstgeborenes       Mehrlingsgeburt

Geburtsgewicht in Gramm: \_\_\_\_\_      Geburtslänge in cm: \_\_\_\_\_

Geburtskomplikationen: \_\_\_\_\_

### Familiäre Situation in den ersten Jahren:

Bezugsperson: \_\_\_\_\_

familiäre Situation / Besonderheiten  
in der Familie:

Machte Ihnen in den ersten 12 Lebensmonaten etwas Sorgen?       ja       nein

auffallende Bewegungsarmut       Sonstiges:  
 auffallende Unruhe  
 häufiges Spucken  
 Krampfanfälle  
 Schreckhaftigkeit  
 häufiges Schreien

### Zu den sogenannten „Grenzsteinen der Entwicklung“, wann konnte Ihr Kind:

Frei sitzen: \_\_\_\_\_      frei laufen: \_\_\_\_\_

gezielt Mama/Papa sagen: \_\_\_\_\_

2-Wort-Sätze sprechen: \_\_\_\_\_

Tagsüber trocken: \_\_\_\_\_

Tagsüber sauber: \_\_\_\_\_

Nachts sauber: \_\_\_\_\_

Nachts trocken: \_\_\_\_\_

Fahrrad fahren (ohne Stützräder): \_\_\_\_\_

## Krankheiten

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> entzündl. Hirnerkrankungen (Meningitis, Enzephal.) |
| <input type="checkbox"/> Röteln      | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen                               |
| <input type="checkbox"/> Mumps       | <input type="checkbox"/> Asthma / Heuschnupfen                              |
| <input type="checkbox"/> Windpocken  | <input type="checkbox"/> Ekzem (Neurodermitis)                              |
| <input type="checkbox"/> Scharlach   | <input type="checkbox"/> Allergien, auch gegen Medikamente                  |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Kopf- oder Bauchschmerzen                          |
|                                      | <input type="checkbox"/> Schwindel  |

## Welche überwiegenden Auffälligkeiten zeigt(e) ihr Kind?

- |   |                                |                                |                                 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> in der motorischen Entwicklung |                                |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> in der geistigen Entwicklung   |                                |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> in der Aufmerksamkeit und      |                                |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Konzentration                  |                                |                                |                                 |
| <input type="checkbox"/> in den Sinnesfunktionen        | <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> in der Sprachentwicklung       |                                |                                |                                 |

## Andere Verhaltensweisen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einnässen oder Einkoten                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen, Haarausreißen, Daumenlutschen, Zähneknirschen |   |
| <input type="checkbox"/> Tic's:  | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>                 |
| <input type="checkbox"/> Linkshänder   |   |
| <input type="checkbox"/> übermäßiger Trotz   | <input type="checkbox"/> andere:  |
| <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeiten / Aggressionen                          | <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Schlaf- oder Essstörungen                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Ängste / Hemmungen  |   |
| <input type="checkbox"/> Einzelgänger  |   |

## Bisherige Untersuchungen und Behandlungen in Beratungsstellen (Schulpsychologe, Familienberatungsstelle, andere Stellen mit Jahresangaben und Ort):

## Bereits durchgeführte Förderungen / Behandlungen:

	seit wann?	wo?	beendet am?
Ergotherapie			
Physiotherapie			
Logopädie			
Heilpädagoge			
Psychologe			
Sozialpädagoge			
Komplexleistung			

## Nimmt/nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Medikamente	Dosis	Zeitraum

## Hilfsmittel (z.B. Brille, Hörgeräte):

SB-Ausweis  ja  nein  
Pflegerstufe  ja  nein  
Sportbefreiung  ja  nein

Grad der Behinderung:   
Merkzeichen:   
Stufe:

## Beurteilung des Kindes aus Sicht der Eltern

Stärken:

Schwächen:

Hauskind  Kindertragesstätte  Schule

## Aktuelle Angaben zu Einrichtungen

Kindertagesstätte  normal  
 integrativ

Schule  Grundschule  
 Sekundarschule  
 Gymnasium  
 Förderschule für Lernbehinderte  
 Förderschule für Geistigbehinderte

Rückstellung  ja  nein  
Klassenwiederholung  ja  nein  
Schulwechsel  ja  nein  
Hort/Tagesgruppe  ja  nein

## Wie ist das Verhalten im Kindergarten/Schule?

**Freizeitgestaltung und Interessen des Kindes?**  
(Vereine, Sportgruppen, andere Aktivitäten):

Wie lange darf Ihr Kind am Tag Fernsehen?

Wie lange darf Ihr Kind am Tag PC/Playstation spielen?

**Häusliche Aufgaben/Pflichten:**

**Besondere familiäre Verhältnisse (Trennung, Scheidung, Pflegschaft, Adoption, auswärtige Arbeit, Notlagen, Großeltern).**

**Welche Hilfen erwarten Sie von uns:**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift aller Sorgeberechtigten (Mutter, Vater oder Vormund)

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten.

Zur Erstvorstellung bringen Pflegeeltern bitte die Bestattungsurkunden und die Schweigepflichtentbindung und Vollmachten des Vormundes mit.