

FRAGEBOGEN ZUR ERSTANMELDUNG

Checkliste:

- ☐ Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **so ausführlich wie möglich** aus. Nehmen Sie sich Zeit, alle Fragen so gut wie möglich auszufüllen. Nur so können wir für Ihr Kind die bestmögliche Behandlung planen.
- ☐ Bitte unterschreiben Sie auch die Punkte für Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungen aus. Nur mit Zustimmung können wir einen Termin vereinbaren.
- ☐ Fügen Sie **Kopien bisheriger Befunde, Arztberichte und Therapieberichte** bei.
- ☐ Senden Sie die Unterlagen an uns zurück. Sie können **alle Unterlagen digital** (spz@klinikum-nuernberg.de) oder **per Post** an SPZ Kinderklinik, Klinikum Nürnberg, Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg schicken.
- ☐ Nach Erhalt des ausgefüllten Fragebogens und der Befunde kümmern wir uns um einen Termin für Sie.
- ☐ Bringen Sie beim **ersten Termin** folgende Dinge unbedingt mit:
 - Überweisungsschein „SPZ“ (ausgestellt von Kinderfachärzten, Neurologen oder Kinderpsychiatrie)
 - **Krankenkassenkarte**
 - **Gelbes Heft, Impfausweis und Mutterpass**
 - Falls vorhanden:
 - Kindergartenberichte (PERIK, SISMIK)
 - Schulzeugnisse, Sonderpädagogische Gutachten (von MSD/MSH)
 - Eingangsdiagnostik der Frühförderung oder Therapieberichte (Physio, Logo, Ergo)

Ärztlicher Teil (vom überweisenden Arzt / Ärztin auszufüllen)

Kinderärztliche Fragestellung:

	Stempel und Unterschrift des überweisenden Arztes
---	---

Elterlicher Teil (von den Eltern auszufüllen)
1 ANGABEN ZUM KIND

Familienname:

Vorname(n):

Geburtsdatum:

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Nationalität:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Landkreis:

Telefon (mobil):

E-Mail:

Das Kind lebt bei:

☐ Eltern

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Sonstige:

Sorgerecht:
☐ Eltern

☐ nur Mutter

☐ nur Vater

☐ Sonstige:

2 ANGABEN ZU DEN SORGEBERECHTIGTEN

	Sorgeberechtigte 1 (z.B. Mutter)	Sorgeberechtigter 2 (z.B. Vater)
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Beruf		
Telefon (mobil)		
E-Mail		
Staatsangehörigkeit		
☐ verheiratet/Lebensgemeinschaft ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ alleinerziehend		
Krankenversicherung:	Kind versichert über:	☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige

3 AKTUELLER VORSTELLUNGSGRUND UND BESCHWERDEN

Dies ist der wichtigste Abschnitt. Bitte beschreiben Sie so genau wie möglich, welche Auffälligkeiten oder Probleme Sie und andere Betreuungspersonen bei Ihrem Kind beobachten.

In welchen Bereichen sehen Sie Auffälligkeiten oder Probleme?

(Bitte alle zutreffenden Bereiche ankreuzen)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Körperbeherrschung, Motorik | ☐ Verhalten | ☐ Intelligenzentwicklung |
| ☐ Hören / Verstehen | ☐ Emotionale Auffälligkeiten | ☐ Sprache / Sprechen |
| ☐ Sehen / Sehentwicklung | ☐ Autismus Auffälligkeiten | ☐ Konzentration / Aufmerksamkeit |
| ☐ Anfälle / Zuckungen | ☐ Ernährung | ☐ Lernen / schulische Leistungen |
| ☐ Wachstum/Körperbau | ☐ Spielverhalten mit anderen | ☐ Schlafen |
| ☐ Inkontinenz (Blasenkontrolle) | ☐ Erziehung | |
| ☐ Sonstiges: | | |

Bitte beschreiben Sie die Beschwerden und Auffälligkeiten genauer:

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

Hat sich die Situation verändert (besser/schlechter)?

Was hat Ihr Kind zuletzt besonders gut gekonnt / Was sind seine Stärken?

Was erwarten Sie von der Untersuchung im SPZ? Welche Fragen sind für Sie besonders wichtig?

4 SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

→ Bitte nutzen Sie den Mutterpass und das U-Heft zur Beantwortung der folgenden Fragen. **Bei Nichtwissen frei lassen.**

Schwangerschaft

Vorausgegangene SS:

Alter Mutter bei Geburt:

Alter Vater bei Geburt

Frühere Fehlgeburten?

☐ nein

☐ ja →

Wann?

Besonderheiten in der Schwangerschaft? Bitte ankreuzen-

☐ Blutungen / drohende Fehlgeburt

☐ Drohende Frühgeburt

☐ Auffälligkeiten im Ultraschall

☐ Infektionskrankheiten

☐ Gestationsdiabetes (Zucker)

☐ Bluthochdruck / EPH-Gestose

☐ Operationen/Medikamente

☐ Seelische Belastungen

☐ Alkohol/Nikotin/Drogen

☐ keine Besonderheiten

☐ sonstiges:

Geburt:

Geburtsklinik:

Errechneter Termin (Datum):

Entbindung:

☐ termingerecht

☐ zu früh, _____ Wochen

☐ zu spät, _____ Tage

Geburtsgewicht (g):

Geburtslänge (cm):

Kopfumfang:

Geburtsverlauf (bitte ankreuzen)

☐ Spontangeburt

☐ Kaiserschnitt (geplant)

☐ Kaiserschnitt (notfall)

☐ Saugglocke / Zange

☐ Steißlage/Beckenendlage

☐ Mehrlingsgeburt

Sonstige Besonderheiten (z. B. grünes Fruchtwasser, Nabelschnurumschlingung):

Neugeborenenperiode, erste Wochen

APGAR-Werte:

1 min:

/ 5 min:

/10min:

Nabelarterien-pH:

Hat Ihr Kind sofort geschrien?

☐ ja

☐ nein

Wurde Ihr Kind beatmet? ☐ nein

☐ ja → Wie lange?

Verlegung in eine Kinderklinik/Neonatologie??

☐ nein

☐ ja → wohin, warum?

Komplikationen in den ersten Lebenswochen

☐ keine Probleme

☐ Infektionen

☐ Krampfanfälle

☐ Gelbsucht (Ikterus)

☐ Trinkschwäche/Ernähr.Probleme

☐ Atemprobleme

Weitere Komplikationen:

5 BISHERIGE ENTWICKLUNG DES KINDES

→ Bitte tragen Sie das Alter in Monaten ein, in dem Ihr Kind den jeweiligen Meilenstein erreicht hat.

Motorische Entwicklung

Meilenstein	Alter (Monate)	Anmerkungen
Gezieltes Greifen		
Drehen (von Rücken auf Bauch)		
Freies Sitzen		
Robben / Krabbeln	/	
In den Stand ziehen / Freies Gehen	/	

Sprach- und Kommunikationsentwicklung

Meilenstein	Alter (Monate)	Anmerkungen
Blickkontakt / Reaktion auf Ansprache		
Erste gezielte Wörter (Mama, Papa...)		
Erste kurze Sätze (2-3 Wörter)		
Verständliche Sätze		
Mehrsprachigkeit? ☐ nein ☐ Ja → welche Sprachen spricht das Kind:		

Selbstständigkeit / Alltagsfähigkeiten

Fähigkeit	Alter (Monate)	Anmerkungen
Sauber / trocken (Urin)		
Sauber / trocken (Stuhl)		
Selbstständiges Essen / Anziehen	/	

Allgemeine Einschätzung der Entwicklung

Wie würden Sie die bisherige Entwicklung Ihres Kindes insgesamt beschreiben?

Gab es Phasen, in denen bereits erlernte Fähigkeiten wieder verloren gingen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche Fähigkeiten und wann?

6 BISHERIGE ERKRANKUNGEN UND AKTUELLE MEDIKAMENTE

Bisherige Erkrankungen und Diagnosen

Welche Erkrankungen oder Diagnosen hatte Ihr Kind bisher?

Besondere Vorerkrankungen:

☐ keine Vorerkrankungen

☐ Epilepsie / Krampfanfälle

☐ schwer Infektionskrankheiten

☐ Chronische Erkrankungen

☐ sonstiges/Erläuterungen:

☐ Schädel-Hirn-Verletzung

☐ Operationen

☐ genetische Befunde oder
bekannte Grunderkrankung

☐ Infektionserkrankung im ZNS

☐ Krankenhausaufenthalts > 3 Tage

☐ Allergien

Aktuelle Medikamente

Medikament (Name)	Dosis / Einheit	Häufigkeit (z. B. 1x täglich)	Seit wann?
Medikamentenunverträglichkeiten / Nebenwirkungen:			

7 BISHERIGE UNTERSUCHUNGEN, BEHANDLUNGEN UND THERAPIEN

Durchgeführte Spezialuntersuchungen (bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ EEG | ☐ MRT (Kopf/WS/_____) | ☐ CT / Röntgen |
| ☐ Hörprüfung (±Pädaudiologie) | ☐ Sehprüfung Sehschule | ☐ Neurophysiologie (NLG, SEP, VEP) |
| ☐ Genetik / Chromosomenanalyse | ☐ Stoffwechseluntersuchung (Labor) | ☐ EKG / Herz-Ultraschall |
| ☐ Entwicklungstest (Bayley, ET 6-6, ..) | ☐ Intelligenztest (WISC-V, KABC) | ☐ Tests in Frühförderstelle |
| ☐ keine Spezialuntersuchungen | ☐ Sonstiges / Erläuterungen | |

Behandelnde Ärzte und Therapeuten

Fachrichtung / Einrichtung	Name / Ort	Zeitraum	Grund
Kinderarzt/-ärztin			
Kinderneurolog:in			
KJP			
Physiotherapie			
Ergotherapie			
Logopädie			
Psychologische Behandlung			
Frühförderstelle			
Sonstiges			

Stationäre Behandlungen

Klinik / Krankenhaus	Zeitraum	Anlass / Diagnose

Ist Ihr Kind parallel zu einer weiteren entwicklungsneurologischen oder psychologischen Diagnostik / Behandlung angemeldet?

☐ nein ☐ ja, und zwar:

8 FAMILIENANAMNESE

Manche Erkrankungen und Entwicklungsauffälligkeiten können familiär gehäuft vorkommen. Die folgenden Fragen helfen uns, mögliche Zusammenhänge in Ihrer Familiengeschichte zu erkennen.

Erkrankungen in der Familie

Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Onkel/Tante) Fälle von:

Erkrankung / Auffälligkeit	Betroffen (Verwandtschaftsverhältnis)
Epilepsie / Krampfanfälle	
Entwicklungsverzögerung / geistige Behinderung	
Sprachentwicklungsstörungen	
Autismus-Spektrum-Störung	
ADHS / ADS	
Lernbehinderung / Legasthenie / Dyskalkulie	
Genetische / syndromale Erkrankungen	
Muskelerkrankungen (neuromuskulär)	
Bewegungsstörungen / Zerebralparese	
Psychische Erkrankungen (Depression, Angst, Psychose)	
Stoffwechselerkrankungen	
Andere Chronische Erkrankungen (z. B. Herzfehler, Diabetes)	
Sonstige relevante Erkrankungen	

Angaben zu den Geschwistern

Name	Geburtsdatum	Schulart / Ausbildung	Probleme / Erkrankungen

War ein Geschwisterkind bereits bei uns in Behandlung? ☐ ja ☐ nein

☐ ja, und zwar:

9 KINDERGARTEN, SCHULE, SOZIALES UMFELD

Besucht Ihr Kind gerade eine Einrichtung:

☐ keine Einrichtung

☐ Krippe

☐ Kindergarten / KiTa

☐ schulvorbereit. Einrichtung SVE

☐ heilpädagogische Tagesstätte HPT

☐ Schule

Name der Einrichtung:

Klasse / Gruppe, weitere Informationen (z.B. Inklusionsplatz):

Details zur Schule, falls zutreffend:

☐ Grundschule

☐ Mittelschule

☐ weiterführende Schule

☐ Förderschule

☐ Schule mit bes. Förderangebot

Einschulungsjahr:

Wurde das Kind zurückgestellt?

☐ ja

☐ nein

Details:

Unterstützung und Förderung

Erhält oder erhielt das Kind folgende Unterstützung:

☐ Integrationshilfe (Schulbegleitung)

☐ sonderpädagogischer Förderbedarf

☐ Nachteilsausgleich

☐ Frühförderung

☐ Einzelförderung (Physio, Ergo, Logo)

☐ Erziehungsberatung

☐ Familienentlastender Dienst

☐ Jugendamt / SPFH

☐ Haushaltshilfe / häusl. Krankenpflege

☐ Pflegegrad Stufe ____

☐ Schwerbehindertenausweis ____ %, Ziffern: _____

Weitere Angaben:

Gibt es weitere Informationen, die für die Untersuchung Ihres Kindes wichtig sein könnten?

10 SONSTIGE ANGABEN

Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Beide

☐ Sonstige:

Haben Sie noch Anmerkungen zum Fragebogen?

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

☐ Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass das SPZ am Klinikum Nürnberg bei Bedarf ärztliche und therapeutische Befunde sowie Berichte zu meinem/unserem Kind von bisher mitbehandelnden Ärzten anfordern kann.

☐ Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass das SPZ nach Abschluss der Untersuchung einen Befundbericht an den überweisenden Arzt/die überweisende Ärztin sowie an weitere von mir/uns benannte Behandler übersendet.

☐ Ich/Wir bestätige/n, dass mein/unser Kind derzeit nicht gleichzeitig in einem anderen Sozialpädiatrischen Zentrum oder einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis / Ambulanz behandelt wird. (Die gesetzliche Krankenversicherung schließt eine gleichzeitige Behandlung in mehreren solchen Einrichtungen aus.)

☐ Ich/Wir bestätige/n, als alleinige/r bzw. gemeinsam Sorgeberechtigte/r zu handeln und rechtsgültig unterschreiben zu dürfen.

☐ Ich/Wir stimme/n der Verarbeitung der oben genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung und Dokumentation zu. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Zum Schluss: was macht Ihnen bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?