

Fragebogen an die Eltern von Säuglingen bis zum Alter von 9 Monaten

**Sozialpädiatrisches
Zentrum Frankfurt Mitte**

Theobald-Christ-Straße 16
60316 Frankfurt

T 069 943 40 95 0
F 069 943 40 95 99
E spz@vae-ev.de
www.spz-frankfurt.de

- A. Personalien**
- B. Vorstellungsgrund**
- C. Schwangerschaft**
- D. Bisherige Entwicklung**
- E. Familiensituation**

A. Personalien

Name des Kindes, Vorname _____

Geschlecht des Kindes weiblich männlich Geburtsdatum _____

Name der Mutter _____ Geburtsdatum _____

Name des Vaters _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ Handy _____

E-Mail (für organisatorische Zwecke) _____

Krankenkasse _____ Hauptversicherter _____

Anschrift _____

Kinderarzt _____ Telefon _____

Anschrift _____

Vom Kinderarzt ausfüllen lassen! (nicht nötig bei Frühgeborenen bis zum Alter von 3 Monaten)

Diagnose _____

Fragestellung _____

Hinweise _____

Praxisstempel

B. Vorstellungsgrund (nicht nötig bei Frühgeborenen bis zum Alter von 3 Monaten)

Was macht Ihnen Sorgen? Warum kommen Sie zu uns? _____

Seit wann gibt es dieses Problem? _____

Wurde Ihr Kind deswegen schon woanders untersucht und/oder behandelt? Wo? _____

Was erhoffen Sie sich von uns? _____

Wer hat Ihnen empfohlen, zu uns zu kommen? _____

C. Schwangerschaft

Erfolgte eine Behandlung wegen Unfruchtbarkeit? ICSI IVF andere _____

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft? Blutungen Fieber OP

Unfall Fruchtwasseruntersuchung, Ergebnis _____

Erkrankungen oder anderes _____

Nikotin Alkohol Medikamente

Wo erfolgte die Geburt? zu Hause Geburtshaus Klinik

Wann wurde Ihr Kind geboren? zu früh: wie viele Tage/Wochen _____ zu spät: wie viele Tage _____

Wie wurde es geboren? normal Kaiserschnitt Saugglocke Zange

Gab es bei der Geburt Besonderheiten? _____

Bei Geburt Gewicht _____ Länge _____ Kopfumfang _____

APGAR-Werte (gelbes Heft) _____ Nabelschnur-pH (gelbes Heft) _____

Musste Ihr Kind nach der Geburt in die Kinderklinik verlegt werden? ja nein

Wenn ja, in welcher Klinik lag es? _____ Wie lange? _____

D. Bisherige Entwicklung

Welche Fördermaßnahmen oder Therapien erhält Ihr Kind und von wem (Name und Adresse)? (Bitte Befunde in Kopie beifügen)

Physiotherapie (Krankengymnastik) _____

Ergotherapie _____

Logopädie _____

Osteopathie/Manualtherapie _____

Homöopathie _____

Psychotherapie _____

Frühförderung _____

Sonstiges _____

Nimmt oder nahm Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

Wurde ihr Kind schon einmal operiert? ja nein

Wann? _____ Wo? _____ Weshalb? _____

Schlaf

Wie lang schläft Ihr Kind maximal ununterbrochen? _____ Stunden

Wie lang ist Ihr Kind schon ununterbrochen wach? _____ Stunden

Wo schläft Ihr Kind? im eigenen Bett im eigenen Zimmer mit den Eltern mit Geschwistern

Essen und Trinken

Welche Nahrung erhält Ihr Kind? _____

Wieviele Mahlzeiten pro Tag? _____ Trinkmenge pro Mahlzeit _____

Gibt es etwas, dass Sie beunruhigt? _____

E. Familiensituation

Familienstand der Eltern verheiratet zusammenlebend geschieden
 getrennt lebend allein erziehend wieder verheiratet

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater Institution _____

Das Kind lebt mit Eltern Mutter Vater Pflegeeltern Heim
 Großeltern Stiefmutter Stiefvater neuem Partner/Partnerin

Das Kind ist leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind

Geschwister

	Vorname	Geburtsdatum	Auffälligkeiten
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Ist eines der Kinder krank? _____ Sind Kinder verstorben? _____

In welchem Alter? _____ An welcher Krankheit? _____

Hatte die Mutter Fehl-/Totgeburten? ja nein

Gibt es Krankheiten in der Großfamilie? nein ja, welche? _____

Besteht Blutsverwandtschaft (z.B. *Cousin/Cousine*)? ja nein

Leibliche Mutter

Schulabschluss _____ Erlerner Beruf _____ Jetzige Tätigkeit _____

Staatsangehörigkeit _____ Geburtsland _____ Seit wann leben Sie in Deutschland? _____

Leiblicher Vater

Schulabschluss _____ Erlerner Beruf _____ Jetzige Tätigkeit _____

Staatsangehörigkeit _____ Geburtsland _____ Seit wann leben Sie in Deutschland? _____

Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? Deutsch andere Sprachen. Welche? _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von _____ Datum _____

Unterschrift Mutter / Sorgeberechtigte* _____

Unterschrift Vater / Sorgeberechtigter* _____

* Falls nur ein Elternteil sorgeberechtigt ist, bitte den Sorgerechtsbeschluss oder den Negativbescheid des Jugendamtes in Kopie mitsenden. Bitte bei Pflegeeltern die Bestallungsurkunde in Kopie beifügen.

SPZ: Einverständniserklärung zur Sorgeberechtigung

Liebe Eltern, aus rechtlichen Gründen sind wir gehalten, die Sorgeberechtigung für Ihr Kind festzuhalten und mit diesem Dokument Ihr schriftliches Einverständnis zur Vorstellung im SPZ Frankfurt Mitte einzuholen.

Angaben zum Kind

Name: _____ **Vorname:** _____
Geburtsdatum: _____ **Geschlecht:** _____
Straße: _____ **Wohnort:** _____

Sorgerecht: Eltern Mutter Vater Sonstige / Vormund

Sorgeberechtigte	Mutter	Vater	Sonstige
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefonnummer			
E-Mail			
Arztbrief an			

Ich bestätige/wir bestätigen hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass mein/unser Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) des Vereins Arbeits- und Erziehungshilfe zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Mit meiner Unterschrift/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für oben genanntes Kind personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

Im Übrigen, insbesondere hinsichtlich Ihrer Rechte; beachten Sie bitte unsere allgemeinen Informationen für Patienten zum Datenschutz. Diese liegen in den Aufnahmebereichen für Sie aus und sind auf unserer Webseite (<https://www.spz-frankfurt.de/meta/datenschutz>) einsehbar.

Name des / der Personensorgeberechtigten in Blockbuchstaben

Datum und Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

Hinweis: Ohne das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular ist eine Untersuchung Ihres Kindes aus rechtlichen Gründen im SPZ nicht möglich.