

KINDERZENTRUM

**INTERDISZIPLINÄRE
FRÜHFÖRDERSTELLE
AM SOZIALPÄDIATRISCHEN
ZENTRUM (IFF-SPZ)**

Chefärztin Dr. med. Christiane Fritsch
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,
Schwerpunkt Neuropädiatrie

Koordinator-IFF-SPZ

Mauerstraße 5
06110 Halle (Saale)
PF 200254 | 06003 Halle (Saale)

BESUCHERADRESSE

Barbarastraße 4
06110 Halle (Saale)
Telefon (0345) 213 - 58 10
Telefax (0345) 213 - 58 13
iff-spz@krankenhaus-halle-saale.de

Ihre Zeichen/Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen

Durchwahl
213 - 58 10

Datum

Sehr geehrte Familie, Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Anmeldung Ihres/des Kindes in der Interdisziplinären Frühförderstelle IFF- SPZ zur Eingangsdiagnostik Frühförderung des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale).

Um einschätzen zu können, welche fachspezifischen Termine für Ihr/das Kind notwendig sind, senden Sie uns bitte folgende Unterlagen zu:

- Fragebogen mit Angabe einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme
- Überweisungsschein an die IFF-SPZ Halle mit folgenden Angaben vom Kinder- oder Hausarzt:

Überweisung an: IFF-SPZ

Diagnose: z.B. Entwicklungsstörung

Auftrag: Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik Frühförderung

- Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten (vollständig ausgefüllt und unterschrieben)
- ggf. Vorbefunde in Kopie

*Erst nach Eingang aller o.g. Unterlagen erfolgt die Terminvergabe.
Die Termine werden Ihnen dann schriftlich mitgeteilt.*

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

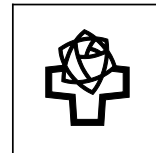
Ihr IFF-SPZ-Team



Krankenhaus St. Elisabeth und
St. Barbara Halle (Saale) GmbH
Sitz der Gesellschaft: Halle (Saale)
Amtsgericht: Stendal
HRB: 19750
Geschäftsführer:
Jan Jakobitz, Friedemann Malerz

Betriebsnummer: 03 42 56 52
Inst.-Kennz.: 261 50 06 77
USt-IdNr.: DE292022187
Bankverbindung:
SozialBank AG
BIC: BFSWDE33XXX

FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IN DER IFF AM SPZ



KRANKENHAUS
ST. ELISABETH &
ST. BARBARA

Bitte übersenden Sie **mit** dem Fragebogen
einen gültigen Überweisungsschein.

Überweisung an: IFF-SPZ
Diagnose: Entwicklungsstörung
Auftrag: Eingangsdiagnostik/
Frühförderung

**Ohne Vorlage einer gültigen Überweisung
können keine Termine vergeben werden!**

Bild vom Kind

Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara
Interdisziplinäre Frühförderstelle
am Sozialpädiatrischen Zentrum (IFF-SPZ)
Barbarastraße 4, 06110 Halle (Saale)

CÄ Dr. med. Ch. Fritzsche
Tel.: 0345 213-5701

Koordination
Tel.: 0345 213-5810 · Fax: 0345 213-5813
Anmeldung: 0345 213-5801

Name, Vorname des Kindes: _____ ☐ m / ☐ w

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

PLZ, Wohnort, Straße: _____

Telefonnummer: Festnetz: _____ Handy: _____

Nationalität: ☐ deutsch ☐ andere: _____

Muttersprache: _____ Dolmetscher (Name/Telefon): _____

Gesetzlicher Vertreter: ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Vormund: _____

Das Kind lebt bei seinem gesetzlichen Vertreter: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn NEIN: bei wem und wo? _____

Ansprechpartner beim Jugendamt: ☐ Ja ☐ Nein Wenn Ja, Name: _____

Familienhilfe (Name/Telefon): _____

Fragen zu den Eltern

	Mutter	Vater
Name, Vorname (Geburtsname)		
Geburtsdatum		
Wohnung (nur, wenn von obiger Adresse abweichend)		
erlernter Beruf/ ausgeübte Tätigkeit		
Arbeitsdauer	<input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> arbeitslos
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere _____

Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung

Krankenkasse: _____ seit wann versichert: _____

Über wen ist das Kind
versichert? _____

Überweisender Arzt: _____
(Name, Anschrift, Telefon) _____

falls abweichend: Kinderarzt: _____
(Name, Anschrift, Telefon) _____

Bitte bringen Sie zur Erstvorstellung folgende Unterlagen mit:

- gelbes Vorsorgeheft
- Impfausweis
- vorhandene medizinische Befunde

Fragen zu den Schwierigkeiten Ihres Kindes

1. Für welche Probleme Ihres Kindes suchen Sie vor allem Hilfe? (Eine kurze Beschreibung ist dringend **erforderlich!**)

2. In welchem Bereich bestehen Störungen bzw. Auffälligkeiten?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Motorik / Bewegung | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> Ernährung/Essverhalten |
| <input type="checkbox"/> Sprache | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hör- und Sehvermögen | <input type="checkbox"/> Sozialverhalten |
| <input type="checkbox"/> Wachstum / Körperbau (z. B. Fehlbildungen) | <input type="checkbox"/> Erziehungsprobleme |
| <input type="checkbox"/> familiäre Probleme | <input type="checkbox"/> anderes _____ |

3. Wann beobachteten Sie die oben genannten Schwierigkeiten erstmals?

4. Mit welchem Ziel kommen Sie zu uns?

Fragen zu den bisher aufgesuchten Ärzten und Beratungsdiensten

1. Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits wegen der genannten Schwierigkeiten vorgestellt?

	Ort / Anschrift	Grund	wann	Befund
<input type="checkbox"/> Kinderarzt				
<input type="checkbox"/> HNO-Arzt				
<input type="checkbox"/> Orthopäde				
<input type="checkbox"/> Augenarzt				
<input type="checkbox"/> Psychologe				
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle				
<input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst				
<input type="checkbox"/> EEG				
<input type="checkbox"/> Humangenetiker				
<input type="checkbox"/> andere				

2. In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt?

Anschrift der Klinik	wann	wie lange	wegen welcher Erkrankung

Fragen zur Schwangerschaft

1. Der wievielten Schwangerschaft entstammt Ihr Kind? Der _____ Schwangerschaft.
2. Hatten Sie Fehlgeburten? ☐ Ja (wann _____) Nein ☐
3. Hatten Sie Totgeburten? ☐ Ja (wann _____) Nein ☐
4. Bestanden während der Schwangerschaft eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Besonderheiten?

<input type="checkbox"/> Blutung / drohende Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Seelische, psychische Belastung
<input type="checkbox"/> Schweres Erbrechen (über Monate)	<input type="checkbox"/> Alkohol-/ Zigaretten-/Drogenkonsum
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Bestrahlungen /Röntgenuntersuchungen
<input type="checkbox"/> Ödeme	<input type="checkbox"/> Operationen
<input type="checkbox"/> Harnwegsinfektionen / Eiweiß im Urin	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker)
5. Wie alt waren die Eltern bei der Geburt ihres Kindes? Mutter _____ Jahre Vater _____ Jahre

Fragen zur Geburt

1. Die Entbindung erfolgte

<input type="checkbox"/> zu Hause	_____
<input type="checkbox"/> im Krankenhaus	Ort
<input type="checkbox"/> Geburtshaus o.ä.	Ort
2. Die Geburt erfolgte

<input type="checkbox"/> rechtzeitig	<input type="checkbox"/> zu früh _____ Tage/Wochen
	<input type="checkbox"/> zu spät _____ Tage/Wochen
3. War der Fruchtwasserabgang vorzeitig (mehr als 6 Stunden vor der Geburt)?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
-----------------------------	-------------------------------	--
4. War das Fruchtwasser grün?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
-----------------------------	-------------------------------	--
5. War die Nachgeburt (Placenta) auffällig?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
-----------------------------	-------------------------------	--
6. War einer der folgenden Eingriffe notwendig?

<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt
<input type="checkbox"/> Zange
<input type="checkbox"/> Saugglocke (Vakuumextraktion)
7. Bestanden andere Komplikationen (z. B. Nabelschnurvorfall) ?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn Ja: welche? _____	
8. Bestand eine

<input type="checkbox"/> Steißlage (Beckenendlage)
<input type="checkbox"/> Querlage
<input type="checkbox"/> Gesichtslage
<input type="checkbox"/> Zwillings- o. Mehrlingsschwangerschaft?
9. Bei Zwillingsschwangerschaften: War das Kind das

<input type="checkbox"/> Erstgeborene
<input type="checkbox"/> Zweitgeborene?
10. Hatten Sie nach der Geburt Ihres Kindes körperliche oder psychische Beschwerden?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn Ja: welche? _____	

Fragen zum Neugeborenen

1. Geben Sie bitte an: Gewicht: _____g Länge: _____cm Kopfumfang: _____cm
Apgarwerte: _____/_____/_____ NS-pH: _____

2. Hat Ihr Kind sofort geschrien? ☐ Ja ☐ Nein

3. War eine Wiederbelebung/Beatmung notwendig? ☐ Ja ☐ Nein

4. Bestanden irgendwelche körperlichen Auffälligkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn JA: welche?

5. Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn JA: welche?

Anschrift der Klinik:

6. Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenstagen

<input type="checkbox"/>	Atemstörungen	<input type="checkbox"/>	Trinkschwäche
<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>	Krämpfe
<input type="checkbox"/>	starke Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	andere Erkrankungen

7. Wurde eine der folgenden Maßnahmen durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Künstliche Beatmung	<input type="checkbox"/> NaSo-gastral-Sonde
<input type="checkbox"/> Austauschtransfusion	

8. Wurde Ihr Kind

☐ Gestillt – wie lange? _____ Monate

☐ teilweise gestillt

☐ nicht gestillt

9. Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme? ☐ Ja ☐ Nein
(Beim Schlucken, Saugen, Kauen; Speichelfluss etc.) Wenn JA: welche?

10. Gibt/gab es gehäufte Schreiphasen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn JA: Dauer:

Fragen zur Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter

Zu welchem Zeitpunkt konnten Sie erstmals (etwa) beobachten:

Lächeln mit	_____	Monaten
Greifen mit	_____	Monaten
Drehen mit	_____	Monaten
Krabbeln mit	_____	Monaten
Freies Sitzen mit	_____	Monaten
Freies Laufen mit	_____	Monaten
erste sinnvolle Worte mit	_____	Monaten
2-Wort-Sätze mit	_____	Monaten
sauber (tags) mit	_____	Monaten
sauber (nachts) mit	_____	Monaten

Fragen zu früheren Erkrankungen und Behandlungen

1. Erhielt oder erhält Ihr Kind eine der folgenden Behandlungen?

	wegen	wo	wann / Zeitraum
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik/Physiotherapie			
<input type="checkbox"/> heilpädagogische Frühförderung			
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie			

2. Welche Hilfsmittel hat Ihr Kind?

- ☐ Rollstuhl / Rehawagen ☐ Therapiestuhl ☐ Schienen /Orthopädisches Schuhwerk
- ☐ Hörgeräte anderes: _____

Fragen zu Medikamenten

Nimmt Ihr Kind z. Zt. regelmäßig Medikamente ein?

Medikament	Dosierung	seit wann

Fragen zur Betreuung Ihres Kindes

1. Besucht Ihr Kind eine Kindertagesstätte (Kita) oder wird durch eine Tagesmutter betreut?

- ☐ Kindertagesstätte (Kita) ab _____ Jahren

☐ Tagesmutter

☐ integrative Kita ab _____ Jahren

☐ als Regelkind (ohne Frühförderung)

☐ als integratives Kind (bekommt Förderung über die Mitarbeiter der Kita)

☐ integrativer Kitaplatz beantragt

☐ integrativer Kitaplatz genehmigt ab _____

Anschrift der Kindereinrichtung: _____

Planmäßige Einschulung: _____ Schulverschiebung: ☐ geplant ☐ bereits beantragt

Fragen zur Pflege und Umgebung Ihres Kindes

1. Von wem wurde Ihr Kind bisher vorwiegend erzogen?

- ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beiden Eltern
☐ Großeltern ☐ anderen Bezugspersonen: _____

2. Befand sich Ihr Kind in einer oder mehreren Pflegefamilien, Adoptivfamilien, bei Verwandten oder Bekannten? ☐ Ja ☐ Nein

3. Ist oder war Ihr Kind zeitweise in einem Heim ☐ Ja ☐ Nein
wenn JA: wo? _____

4. Wieviele Personen leben in der Familie? _____ Personen

5. Gab es besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes? ☐ Tod der Mutter ☐ Tod
☐ Tod des Vaters
☐ Trennung der Eltern
☐ häufiger Wohnungswechsel
☐ anderes

6. Gibt es Geschwister? Führen Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf in der Reihenfolge der Geburten (ggf. auch verstorbene Kinder)!

Vorname	Geburtsdatum	Kindergarten Schule/Klasse Berufsausbildung	Besondere Probleme/ Krankheiten

Fragen zur Beantwortung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ mit Hilfe von: _____

Ich/Wir bin/sind einverstanden, dass der Abschlussbericht zu Händen des zu überweisenden Arztes geht.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

ggf.
Stempel des Kinderarztes oder der regionalen Frühförderstelle

[illegible]

KINDERZENTRUM

INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERSTELLE AM SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTRUM (IFF-SPZ)

Chefärztin Dr. med. Christiane Fritsch
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,
Schwerpunkt Neuropädiatrie

Koordinator-IFF-SPZ

Mauerstraße 5
06110 Halle (Saale)
PF 200254 | 06003 Halle (Saale)

BESUCHERADRESSE

Barbarastraße 4
06110 Halle (Saale)
Telefon (0345) 213 - 58 10
Telefax (0345) 213 - 58 13
iff-spz@krankenhaus-halle-saale.de

Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten

Die Sorgeberechtigten für das Kind

Name, Vorname (des Kindes), geb.

sind mit einer Vorstellung zur Entwicklungsdiagnostik und
Entwicklungsbegleitung in der IFF-SPZ einverstanden.

Der unterzeichnende Elternteil sichert zu,

- ☐ dass auch der abwesende Elternteil mit der Behandlung des gemeinsamen
Kindes einverstanden ist

oder

- ☐ von dem anderen Elternteil zur Einwilligung in die Behandlung
bevollmächtigt worden zu sein

oder

- ☐ allein sorgeberechtigt zu sein

und bestätigt mit seiner Unterschrift das Einverständnis aller
Gesundheitsfürsorgeberechtigten.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der / des gesetzlichen Vertreter(s)



Krankenhaus St. Elisabeth und
St. Barbara Halle (Saale) GmbH
Sitz der Gesellschaft: Halle (Saale)
Amtsgericht: Stendal
HRB: 19750
Geschäftsführer:
Jan Jakobitz, Friedemann Malerz

Betriebsnummer: 03 42 56 52
Inst.-Kennz.: 261 50 06 77
USt-IdNr.: DE292022187
Bankverbindung:
SozialBank AG
BIC: BFSWDE33XXX
IBAN: DE90 3702 0500 0001 4830 00