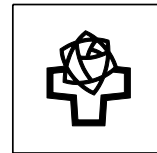


FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IN DER IFF AM SPZ



KRANKENHAUS
ST. ELISABETH &
ST. BARBARA

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

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. Fritsch
Tel.: 0345 213-5701

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

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

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

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 zu Hause
 im Krankenhaus Geburtshaus o.ä.

Ort

Ort
2. Die Geburt erfolgte rechtzeitig zu früh _____ Tage/Wochen
 zu spät _____ Tage/Wochen
3. War der Fruchtwasserabgang vorzeitig (mehr als 6 Stunden vor der Geburt)? Ja Nein nicht bekannt
4. War das Fruchtwasser grün? Ja Nein nicht bekannt
5. War die Nachgeburt (Placenta) auffällig? Ja Nein nicht bekannt
6. War einer der folgenden Eingriffe notwendig?
 Kaiserschnitt
 Zange
 Saugglocke (Vakuumextraktion)
7. Bestanden andere Komplikationen (z. B. Nabelschnurvorfal) ? Ja Nein
wenn Ja: welche? _____
8. Bestand eine Steißlage (Beckenendlage)
 Querlage
 Gesichtslage
 Zwillingss- o. Mehrlingsschwangerschaft?
9. Bei Zwillingsschwangerschaften: War das Kind das Erstgeborene
 Zweitgeborene?
10. Hatten Sie nach der Geburt Ihres Kindes körperliche oder psychische Beschwerden? Ja 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 Atemstörungen Trinkschwäche
 Fieber Krämpfe
 starke Gelbsucht andere Erkrankungen

7. Wurde eine der folgenden Maßnahmen durchgeführt? Künstliche Beatmung NaSo-gastral-Sonde
 Austauschtransfusion

8. Wurde Ihr Kind Gestillt – wie lange? _____ Monate
 teilweise gestillt
 nicht gestillt

9. Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme?
(Beim Schlucken, Saugen, Kauen; Speichelfluss etc.) Ja Nein
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
- integrative Kita ab _____ Jahren
- Tagesmutter
- 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 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

Weitere Bemerkungen:

Anfahrtsskizze



