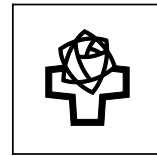






# FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IN DER IFF AM SPZ



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?
    - Blutung / drohende Fehlgeburt
    - Schweres Erbrechen (über Monate)
    - Infektionskrankheiten
    - Erhöhter Blutdruck
    - Ödeme
    - Harnwegsinfektionen / Eiweiß im Urin
    - Seelische, psychische Belastung
    - Alkohol-/ Zigaretten-/Drogenkonsum
    - Medikamenteneinnahme
    - Bestrahlungen /Röntgenuntersuchungen
    - Operationen
    - 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
- 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





**KINDERZENTRUM**

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

Chefärztin Dr. med. Christiane Fritzsch  
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: Thomas Wüstner

Betriebsnummer: 03 42 56 52  
Inst.-Kennz.: 261 50 06 77  
USt-IdNr.: DE292022187  
Bankverbindung:  
Bank für Sozialwirtschaft AG  
BIC: BFSWDE33MAG  
IBAN: DE57 8102 0500 0001 4830 00