

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

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. Fritzsch
Tel.: 0345 213-5701

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

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

Name, Vorname des Kindes männlich weiblich Geburtsdatum

Adresse des Kindes (PLZ, Wohnort, Straße) - Telefonnummer Festnetz

Staatsangehörigkeit: deutsch - Telefonnummer Handy

andere: _____

Sorgeberechtigt:

Eltern Vater Mutter Vormund: _____

Ihr Kind lebt bei seinem gesetzlichen Vertreter: Ja Nein

wenn NEIN: bei wem und wo? _____

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

Fragen zu den Eltern

	Vater	Mutter
Name, Vorname (Geburtsname)		
Geburtsdatum		
Wohnung (nur, wenn von obiger Adresse abweichend)		
erlernter Beruf		
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? _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

(falls bekannt) _____

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 **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"/> Erziehung |
| <input type="checkbox"/> familiäre Probleme | <input type="checkbox"/> anderes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsprobleme | |

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"/> 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-/ Zigarettenkonsum |
| <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
 Zwillings- o. Mehrlingsschwangerschaft?
9. Bei Zwillingschwangerschaften: 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: an welchem Tag? _____
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
 Austauschtransfusion
6. 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
- Drehen mit _____ Monaten
- Kriechen mit _____ Monaten
- Greifen 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 Schienen
 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 in der Kita Frühförderung)
 integrativer Kitaplatz gewünscht
 integrativer Kitaplatz beantragt
 integrativer Kitaplatz genehmigt ab _____ (Datum)

2. Anschrift der Kindereinrichtung:

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



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 Datum

Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten

Die Sorgeberechtigten für das Kind

Name, Vorname (des Kindes), geb.

sind mit einer Vorstellung zur Entwicklungsdiagnostik und
Entwicklungsbegleitung im SPZ einverstanden.

Der unterzeichnende Elternteil sichert zu,

- dass auch der abwesende Elternteil mit der Behandlung des gemeinsamen Kindes einverstanden ist
- von dem anderen Elternteil zur Einwilligung in die Behandlung bevollmächtigt worden zu sein
- allein sorgeberechtigt zu sein

und bestätigt mit seiner Unterschrift das Einverständnis aller
Gesundheitsfürsorgeberechtigten.



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

Ort, Datum Unterschrift(en) der / des gesetzlichen Vertreter(s)