

**KINDERZENTRUM**

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

Mauerstraße 5  
06110 Halle (Saale)  
PF 200254 | 06003 Halle (Saale)  
Telefon (0345) 213 - 57 02  
Telefax (0345) 213 - 57 03

**BESUCHERADRESSE**

Barbarastraße 4  
06110 Halle (Saale)

Ihre Zeichen/Ihre Nachricht vom	Unsere Zeichen	Durchwahl	Datum
	ha	213 - 57 02	

Sehr geehrte Familie,  
Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Anmeldung Ihres/des Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum  
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
- Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten (vollständig ausgefüllt  
und unterschrieben)
- Überweisungsschein an das SPZ Halle mit Überweisungsdiagnose vom  
Kinder- oder Hausarzt
- ggf. Vorbefunde in Kopie

*Erst nach Eingang aller o.g. Unterlagen erfolgt die Terminvergabe.*

*Die Termine werden Ihnen dann schriftlich mitgeteilt.*

Mit freundlichen Grüßen

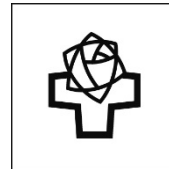
Ihr Team des SPZ Halle



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

# FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IM SPZ



KRANKENHAUS  
ST. ELISABETH &  
ST. BARBARA

Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum m / w

\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, Straße

\_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Nationalität:  deutsch  andere Sprache: \_\_\_\_\_

Dolmetscher (Name / Telefon): \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter:  Eltern  Vater  Mutter  Vormund

Das Kind lebt bei seinem gesetzlichen Vertreter:  Ja  Nein

wenn **NEIN**: bei wem und wo? \_\_\_\_\_

## Fragen zu den Eltern

	Vater	Mutter
Name, Vorname (Geburtsname)		
Geburtsdatum		
Wohnung (nur, wenn von obiger Adresse abweichend)		
Schulabschluss		
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 / Herkunftsland:	<input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> andere _____

## Waren Sie mit einem Geschwister Ihres Kindes bereits in unserer Einrichtung?

Ja (wann \_\_\_\_\_) Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Nein

## Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung

Krankenkasse:  gesetzlich  privat  Beihilfe

Rentenversicherungsträger:  RV Bund  RV Mitteldeutschland  andere

Über wen ist das Kind versichert? \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

(Name, Anschrift, Telefon) \_\_\_\_\_

## 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? / seit wann ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Koordination / Gleichgewicht/ Bewegung     | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung                       | <input type="checkbox"/> Ernährung            |
| <input type="checkbox"/> Sprache                                    | <input type="checkbox"/> Verhalten            |
| <input type="checkbox"/> Hör- und Sehvermögen                       | <input type="checkbox"/> Erziehung            |
| <input type="checkbox"/> Wachstum / Körperbau (z. B. Fehlbildungen) | <input type="checkbox"/> Schulleistungen      |
| <input type="checkbox"/> familiäre Probleme                         | <input type="checkbox"/> anderes: _____       |

3. Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

---



---



---

4. Wer hat Ihnen zur Vorstellung im SPZ geraten?

---

## Fragen zu den bisher aufgesuchten Ärzten und Untersuchungen

Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

	Name	Praxisort	wann	Befund
Kinderarzt				
Neuropädiater				
HNO-Arzt				Hörprüfung
Augenarzt				
Psychologe Psychotherapeut				
Erziehungsberatungsstelle				
Schulpsychologe				
EEG / Neurologe				
MRT/CT				
Röntgen				

## Fragen zur Schwangerschaft

1. Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind? Der \_\_\_\_\_ Schwangerschaft.
2. Hatten Sie Fehlgeburten / Totgeburten?  Ja (wann \_\_\_\_\_)  Nein
3. Bestanden während der Schwangerschaft eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Besonderheiten?
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutung / drohende Fehlgeburt        | <input type="checkbox"/> Seelische Belastung                 |
| <input type="checkbox"/> Schweres Erbrechen (über Monate)     | <input type="checkbox"/> Alkohol-/ Zigarettenkonsum / Drogen |
| <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)                   |
4. Wie alt waren die Eltern bei der Geburt des Kindes? Mutter \_\_\_\_\_ Jahre Vater \_\_\_\_\_ Jahre

---

## Fragen zur Geburt

1. Die Entbindung erfolgte  zu Hause  im Krankenhaus  Geburtshaus o.ä.
2. Die Geburt erfolgte  rechtzeitig  zu früh / 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 / Saugglocke / Zange
7. Bestanden andere Komplikationen (z.B. Nabelschnurvorfall) ?  Ja  Nein  
wenn Ja: welche? \_\_\_\_\_
8. Bestand eine Zwilling- o. Mehrlingsschwangerschaft?  Ja  Nein

---

## Fragen zum Neugeborenen

1. Geben Sie bitte an: Gewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm  
Apgarwerte: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NS-pH: \_\_\_\_\_
2. Hat das Kind sofort geschrien?  Ja  Nein
3. Gab es nach der Geburt Probleme?  Ja  Nein  
wenn Ja: welche? \_\_\_\_\_
4. Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt?  Ja  Nein  
wenn JA: an welchem Tag? \_\_\_\_\_  
Anschrift der Klinik: \_\_\_\_\_

5. Hatte das Kind in den ersten Lebenstagen

- Atemstörungen       Trinkschwäche  
 Fieber                       Krämpfe  
 starke Gelbsucht       andere Erkrankungen

\_\_\_\_\_?  
\_\_\_\_\_?

6. Wurde Ihr Kind

- gestillt                       nicht gestillt?  
wie lange: \_\_\_\_\_?

7. Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme?

(Beim Schlucken, Saugen, Kauen; Speichelfluss etc.)

- Ja                       Nein

wenn JA: welche? \_\_\_\_\_

---

## Fragen zur Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter

Zu welchem Zeitpunkt konnten Sie erstmals (etwa) beobachten:

- Lächeln mit \_\_\_\_\_ Monaten  
Drehen mit \_\_\_\_\_ Monaten  
Krabbeln 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. Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind bereits?

\_\_\_\_\_

2. Erhielt Ihr Kind Impfungen? (bitte Impfausweis mitbringen !)

3. Gab es bei den Impfungen Komplikationen?

- Ja                       Nein

wenn JA: welche? \_\_\_\_\_

4. In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt?

Anschrift der Klinik	wann	wie lange	wegen welcher Erkrankung

5. Erhielt oder erhält Ihr Kind eine der folgenden Behandlungen / Förderungen?

	wegen	wo
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik		
<input type="checkbox"/> heilpädagogische Frühförderung		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie		
<input type="checkbox"/> Komplexleistung IFF		

6. Welche Hilfsmittel hat Ihr Kind?

- Rollstuhl       Schienen       Brille  
 Hörgeräte       anderes: \_\_\_\_\_

## Fragen für Kinder mit epileptischen Anfällen

1. Wie läuft der Anfall ab?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Wie oft findet ein Anfall statt?

- mehrmals täglich       \_\_mal pro Woche  
 \_\_mal monatlich       \_\_mal jährlich

3. Gibt es begleitende oder auslösende Umstände der Anfälle?

- Fieber  
 Erregung  
 Schlaf  
 andere: \_\_\_\_\_

4. Der erste Anfall war am: \_\_\_\_\_ Der letzte Anfall war am: \_\_\_\_\_

5. Bei wem ist Ihr Kind wegen des Anfallsleidens in Betreuung?

\_\_\_\_\_

## Fragen zu Medikamenten

Nimmt Ihr Kind z. Zt. regelmäßig Medikamente ein?

Medikament	Dosierung	seit wann

## Fragen zum Kindergarten- / Schulbesuch Ihres Kindes

1. Welche der folgenden Einrichtungen hat Ihr Kind besucht bzw. besucht es jetzt noch?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte ab ___ Jahre             | <input type="checkbox"/> integrative Kindertagesstätte |
| <input type="checkbox"/> Grundschule<br>mit/ohne Förderbedarf _____ | <input type="checkbox"/> als Integrationskind          |
| <input type="checkbox"/> weiterführende Schule _____                | <input type="checkbox"/> in Beantragung                |
| <input type="checkbox"/> Förderschule                               | <input type="checkbox"/> als Regelkind                 |

2. Anschrift der Kindereinrichtung/der Schule, die Ihr Kind z. Zt. besucht:

---



---

## Fragen zur Pflege und Umgebung des Kindes

1. Von wem wurde das Kind bisher vorwiegend erzogen?

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mutter     | <input type="checkbox"/> Vater                         | <input type="checkbox"/> beiden Eltern |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> anderen Bezugspersonen: _____ |  |

2. Befand sich Ihr Kind in einer oder mehreren Pflegefamilien, Adoptivfamilien, bei Verwandten oder Bekannten oder zeitweise in einem Kinderwohnhaus oder einer Kinderwohngruppe?

wenn JA: wo und wann? \_\_\_\_\_

3. Wie viele Personen leben in der Familie? \_\_\_\_\_ Personen

4. Gab es besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Tod der Mutter           |
| <input type="checkbox"/> Tod des Vaters           |
| <input type="checkbox"/> Trennung der Eltern      |
| <input type="checkbox"/> häufiger Wohnungswechsel |
| <input type="checkbox"/> anderes _____            |

5. 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 Familienvorgeschichte

1. Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Besonderheiten, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen?  Ja  Nein
2. Sind die Eltern blutsverwandt (z. B. Cousin und Cousine)?  Ja  Nein
3. Welche der folgenden Krankheiten sind in der engeren oder weiteren Familie aufgetreten?
  - Geistiger Entwicklungsrückstand
  - Krampfanfälle
  - Fehlbildungen
  - Hörbehinderung / Taubheit
  - Asthma / Ekzem / Nesselsucht
  - spastische oder andere Lähmungen
  - verzögerte oder gestörte Sprachentwicklung
  - Sehbehinderung / Blindheit
  - psychische Erkrankungen

Bitte nähere Angaben dazu:

---

---

---

## Fragen nach staatlichen Hilfen

Welche der nachfolgenden Hilfen haben Sie für Ihr Kind beantragt oder erhalten?

- Schwerbehindertenausweis, Grad der Behinderung / Merkzeichen \_\_\_\_\_
- Pflegegrad
- Leistungen von  Sozialamt  Jugendamt  andere: \_\_\_\_\_
- Familienhilfe (Name / Telefonnummer): \_\_\_\_\_

Welche Art von Leistungen? \_\_\_\_\_

---

## 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 überweisenden Arztes geht.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit einem Überweisungsschein Ihres Kinder- oder Hausarztes zurück an:**

**SPZ, Barbarastrasse 4, 06110 Halle (Saale).**

**Wir übersenden Ihnen danach schriftlich den Termin zur Erstvorstellung in unserem Haus.**



