

SLK-Kliniken Heilbronn GmbH, Am Gesundbrunnen 20-26, 74078 Heilbronn

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin/  
Perinatalzentrum  
**Sozialpädiatrisches Zentrum**

Telefon: 07131 49-37801

www.slk-kliniken.de

Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,  
zur Behandlung Ihres Kindes benötigen wir vorab einige Informationen von Ihnen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen einen Untersuchungstermin erst dann nennen können, wenn uns dieser Fragebogen vollständig ausgefüllt vorliegt. Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt.

**Zur Untersuchung bringen Sie uns dann bitte mit:**

- Überweisungsschein **Ihres Kinderarztes** an das SPZ
- Versicherungskarte
- gelbes Vorsorgeuntersuchungsheft
- Mutterpass

**Kind:** Zuname, Vorname

Geburtsdatum

**Anschrift der Familie:** Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon/Handy \_\_\_\_\_

Kostenträger (Krankenkasse) \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt \_\_\_\_\_

Kindergarten/Schule/Klasse \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie in eigenen Worten und möglichst genau den Grund dafür an, weshalb Sie Ihr Kind bei uns vorstellen wollen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auf wessen Veranlassung wurden Sie an das SPZ überwiesen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurde oder wird Ihr Kind wegen der genannten Auffälligkeiten bereits an anderer Stelle untersucht oder behandelt? Wenn ja, wo und wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name, Vorname d. Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### 1. Angaben zur Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft war es? \_\_\_\_\_ Fehlgeburten \_\_\_\_\_

Wie verlief die Schwangerschaft (Erkrankungen der Mutter, Blutungen, vorzeitige Wehen, körperliche, seelische oder andere Belastungen)? \_\_\_\_\_

Medikamente: Name, Dosierung, Schwangerschaftsmonat \_\_\_\_\_

Zigarettenkonsum: etwa \_\_\_\_\_ Zigaretten täglich im \_\_\_\_\_ Schwangerschaftsmonat

Alkoholkonsum: etwa \_\_\_\_\_ Gläser Bier/Wein/Schnaps/sonstiges täglich im \_\_\_\_\_ Monat

Andere Abhängigkeitserkrankung (Drogen oder Drogensubstitution, Medikamente): \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur Geburt (Angaben im gelben Untersuchungsheft)

Entbindung in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche. Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Gramm

Länge: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm pH-Wert: \_\_\_\_\_ Apgar-Werte: \_\_\_\_\_

Hausgeburt oder  Klinikgeburt, welche Klinik? \_\_\_\_\_

Die Geburt erfolgte  spontan  eingeleitet  mit Saugglocke  mit Zange

Kaiserschnitt geplant  nicht geplant

Not-Kaiserschnitt warum? \_\_\_\_\_

Kindslage  Schädellage  Steißlage  Querlage  andere Lage \_\_\_\_\_

Die Geburt verlief mit Komplikationen, nämlich

Kind hatte Nabelschnurumschlingung

Kind war nach der Geburt auffällig blau  auffällig gelb

Kind atmete erst nach Belebungsversuchen

Kind musste in Brutkasten, wie lange? \_\_\_\_\_

Kind musste beatmet werden, wie lange? \_\_\_\_\_

Beim Kind musste ein Blutaustausch durchgeführt werden

Kind wurde in eine Kinderklinik verlegt (wann, wie lange, welche Klinik?) \_\_\_\_\_

sonstige Komplikationen \_\_\_\_\_

### 3. Entwicklungsdaten

Wurde Ihr Kind gestillt?  ja  nein wie lange? \_\_\_\_\_

Gab es in den ersten Lebenswochen und -monaten Schwierigkeiten wie:

Trinkschwierigkeiten  häufiges Erbrechen  häufiges Schreien, große Unruhe

auffallend ruhig  abweisend bei Körperkontakt  Schlafprobleme

sonstiges \_\_\_\_\_

Name, Vorname d. Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

In welchem Alter hat Ihr Kind angefangen

- zu lächeln? \_\_\_\_\_
- nach Gegenständen zu greifen? \_\_\_\_\_
- sich zu drehen? \_\_\_\_\_
- zu krabbeln? \_\_\_\_\_
- frei zu sitzen? \_\_\_\_\_
- sich hochzuziehen? \_\_\_\_\_
- frei zu stehen? \_\_\_\_\_
- frei zu gehen? \_\_\_\_\_
- erste Worte zu sprechen? \_\_\_\_\_
- kleine Sätze zu sprechen? \_\_\_\_\_
- zu fremdeln? \_\_\_\_\_
- sauber zu sein? \_\_\_\_\_

Besucht(e) Ihr Kind eine Krabbel-/Spielgruppe? In welchem Alter? \_\_\_\_\_

#### 4. Kindergarten und Schule, Freizeitverhalten

Besucht(e) Ihr Kind einen Kindergarten? Ab welchem Alter? \_\_\_\_\_

Gab/Gibt es im Kindergarten Probleme? Welche? \_\_\_\_\_

In welche **Schule** wurde Ihr Kind eingeschult? \_\_\_\_\_

In welchem Alter? \_\_\_\_\_ Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Klassen wiederholt? Welche? Warum? \_\_\_\_\_

Gab/Gibt es in der Schule Probleme? Welche? \_\_\_\_\_

Wofür interessiert sich Ihr Kind besonders? Womit beschäftigt es sich gerne? \_\_\_\_\_

Was kann Ihr Kind besonders gut? \_\_\_\_\_

Hat es feste Freunde? Wie viele? \_\_\_\_\_

Wie versteht es sich mit seinen Geschwistern? \_\_\_\_\_

#### 5. Krankheiten

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind? Wann? \_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten? Wann? \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte? Wo, wann, warum? \_\_\_\_\_

Operationen? Wann? \_\_\_\_\_

Impfungen nach Stiko ? ja  nein

Name, Vorname d. Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wurde schon eine der folgenden Untersuchungen durchgeführt? Wann? Wo? Ergebnis?

- Sehprüfung \_\_\_\_\_
- Hörprüfung \_\_\_\_\_
- EEG \_\_\_\_\_
- Kernspintomographie \_\_\_\_\_
- Entwicklungstestung \_\_\_\_\_

Erhält oder erhielt Ihr Kind eine der folgenden Behandlungen? Wann? Wo?

- Krankengymnastik     Ergotherapie     Logopädie
  - Heilpädagogik     Frühförderung     andere Therapie \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 6. Angaben zur Familie

**Vater:** Name \_\_\_\_\_  
 leiblicher Vater     Stiefvater     Pflegevater     Adoptivvater  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Berufstätigkeit (ganztags/Teilzeit/Schicht)? \_\_\_\_\_

**Mutter:** Name \_\_\_\_\_  
 leibliche Mutter     Stiefmutter     Pflegemutter     Adoptivmutter  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Berufstätigkeit (ganztags/Teilzeit/Schicht)? \_\_\_\_\_

Eltern leben  zusammen     verheiratet     getrennt     geschieden

### Geschwister:

Name	Geburtsdatum	KiGa/Schule (Klasse)	Im SPZ bereits behandelt oder angemeldet?
_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Leben außerdem noch Personen in Ihrem Haushalt? \_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Sprache(n) sprechen Sie ? \_\_\_\_\_