

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 ? _____