RKH Gesundheit
Klinikum Ludwigsburg

Sozialpädiatrisches Zentrum
Ärztlicher Direktor
Dr. med. Michael Buob
Arzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Kinder- und Jugendpsychoatrie und
-psychotherapie
Erlachhofstr. 10
71640 Ludwigsburg
Telefon 07141-99-68101
Telefax 07141-99-68119
E-Mail: mail.spz@rkh-gesundheit.de

Sozialpädriatrisches Zentrum
RKH Klinikum Ludwigsburg
Erlachhofstr.10
71640 Ludwigsburg

Anmeldefragebogen SPZ

(nur für interne Vermerke)

Liebe Eltern,

Ihre Kinderärztin /Ihr Kinderarzt möchte Ihr Kind zu einer Untersuchung bei uns vorstellen.

Wir bitten Sie hierzu diesen
_ **Fragebogen**, den
_ **Lehrer**fragebogen (bei Schulkindern) oder **Erzieher**fragebogen (bei Kindergartenkindern), und die
_ **Einverständniserklärung (Sorgeberechtigte/Gesundheitsfürsorge)**
jeweils vollständig auszufüllen und uns einen
_ **Überweisungsschein von Ihrem Kinderarzt** zuzuschicken.

Wenn **alle** Unterlagen vorliegen melden wir uns zur **Termin**absprache.

RKH Gesundheit
Klinikum Ludwigsburg

1. Angaben zum Kind

Familienname: _____ **Vorname:** _____

geb.: _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.: _____

_ **Krankenkasse:** _____

Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr.: _____

Familienvers. ☐ **Status 3** bei Vater oder Mutter ☐ **Status 1** oder ☐ **Status 5**

Privatkasse: _____

2. Angaben zu den Eltern / ggf. Pflegeeltern

Mutter	**Vater**
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Beruf:	
Adresse:	
Telefon: Handy:	Telefax:

3. Angaben zu den Geschwistern

1. Familienname: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

2. Familienname: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

3. Familienname: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Wurde Ihr Kind oder ein Geschwisterkind schon einmal im SPZ LB vorgestellt? ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Welches? _____ **und wann?** _____

4. Überweisender Kinderarzt: Name ggf. Stempel _____

5. Für welche Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie vor allem Hilfe?

_____

_____

_____

_____

6. Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung?

_____

_____

7. Sollten die Störungen auf einem / mehreren der folgenden Gebiete liegen
<u>unterstreichen</u> Sie bitte den entsprechenden Begriff:

1. Wachstum, Fehlbildung
2. Körperbeherrschung/Bewegung
3. Geistige Entwicklung
4. Sprachentwicklung
5. Hörvermögen
6. Sehvermögen
7. Verhalten
8. Schulleistungen
9. Krampfanfälle
10. Ernährung
11. Adoptionsverhältnis
12. Pflegeverhältnis
13. Trennungsproblematik der Eltern
14. Sonstiges

8. Bei welchen Ärzten wurde Ihr Kind bislang untersucht oder behandelt?
Name / ggf. Adresse In welchem Jahr?

Name / ggf. Adresse	**in welchem Jahr?**
Kinderärzte:	
Neurologe:	
Orthopäde:	
Hals-Nasen-Ohren-Arzt:	
Andere Ärzte:	

9. Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

Name Arzt/ ggf. Institution	**Wann?**
Hörprüfung:	
Sehprüfung:	
Ultraschall:	
EEG (Hirnstromkurvenmessung):	
Kernspintomographie / Computertomographie:	
Psychologische Testuntersuchungen (z. B. Intelligenztest):	
Vorstellung bei Beratungslehrer/In / KooperationslehrerIn:	
Schulpsychologische Beratungsstelle:	

Bitte Kopien von Arztbriefen und / oder Untersuchungsbefunden beilegen

10. Wurde Ihr Kind schon einmal in einem Krankenhaus stationär behandelt

Anschrift des Krankenhauses	wann, wie lange?	welche Erkrankung?

11. Erhält oder erhielt Ihr Kind eine der folgenden Behandlungen?

Name ggf. Adresse	Wann u. wie lange?
Physiotherapie (Krankengymnastik):	
Ergotherapie:	
Logopädie:	
Frühförderung / Frühberatung:	
Psychotherapie:	
Psychologische Beratungsstelle:	
sonstige Behandlungen:	

12. Bisherige Entwicklung des Kindes

In welchem **Alter** Ihres Kindes haben Sie die folgenden **Entwicklungsschritte erstmals** beobachtet?

Anblicken: _____ Freies Sitzen: _____ Sauber (nachts): _____

Lächeln: _____ Freies Gehen: _____ Selbstständiges Essen: _____

Greifen: _____ Erste Worte: _____ Selbstständiges Anziehen: _____

Krabbeln: _____ Erste Kurze Sätze: _____

13. Soziale Entwicklung des Kindes

Welche Einrichtungen besucht / besuchte Ihr Kind?

Regelkindergarten: _____ Sonderschule: _____ Klasse: _____

Sonderschulkindergarten: _____ Grundschule: _____ Klasse: _____

Kinderkrippe: _____ weiterführende Schule: _____ Klasse: _____

Grundschulförderklasse/Vorschule: _____

14. Angenehme und positive Eigenschaften Ihres Kindes:

_____

_____

_____