




Ein Tochterunternehmen der
Kliniken des Bezirks Oberbayern

Kinderzentrum München

 gemeinnützige GmbH

Sozialpädiatrisches Zentrum
Fachklinik für Sozialpädiatrie und
Entwicklungsrehabilitation

Heiglhofstraße 63
81377 München
Tel. 089/71009-196, -197
Fax 089/71009-199
E-Mail: patientenverwaltung@kinderzentrum-muenchen.de
www.kinderzentrum-muenchen.de

ELTERNFRAGEBOGEN FÜR KINDER & JUGENDLICHE

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte!

Mit diesem Fragebogen erhalten Sie von uns ein umfangreiches Schriftstück, dessen gewissenhafte und sorgfältige Bearbeitung von Ihnen sicherlich einen gewissen Aufwand erfordert.

Wir danken Ihnen für diese Mühe! Da Sie die Person sind, die Ihr Kind am besten kennt, unterstützen Sie uns durch Ihre Angaben bei der Zusammenstellung unseres Behandlungsteams und leisten dadurch bereits einen entscheidenden Schritt zur effektiven Behandlung Ihres Kindes.

Herzlichen Dank!

Patientennummer: (Wird vom Kinderzentrum eingetragen!)

Familienname des Kindes:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geboren am:	<input type="text"/>	in: <input type="text"/>
Wohnhaft bei:	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Adoptiveltern <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> im Heim		
PLZ / Wohnort:	<input type="text"/>	Straße:	<input type="text"/>
Telefon / Mobil:	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
		E-Mail:	<input type="text"/>
Hauptversicherter:	<input type="text"/>		
Versichertennummer:	<input type="text"/>	Geboren am:	<input type="text"/>
Name und Anschrift der Krankenversicherung: <input type="text"/>			

Name des Vaters:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geboren am, in:	<input type="text"/>	PLZ, Wohnort:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Tel. / Mobil:	<input type="text"/>
Beruf (erlernt):	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
zur Zeit ausgeübt:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Arbeitgeber (Name, Tel, Fax): <input type="text"/>			

Name der Mutter:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geborene:	<input type="text"/>		
Geboren am, in:	<input type="text"/>	PLZ, Wohnort:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Tel. / Mobil:	<input type="text"/>
Beruf (erlernt):	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
zur Zeit ausgeübt:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Arbeitgeber (Name, Tel, Fax): <input type="text"/>			

Sorgeberechtigte/r:	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Falls andere Sorgeberechtigte als oben genannt, bitte hier Name, Vorname, Anschrift, Telefon, Beruf und Krankenkasse mit Anschrift angeben!	
<input type="text"/>	

Betreuender / überweisender Kinderarzt mit Anschrift und Telefon:

--	--

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) haben Sie Ihr Kind entbunden? In der _____ SSW.

Lag eine Mehrlingsgeburt vor?

ja nein

Gab es bei oder unmittelbar nach der Geburt Komplikationen?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Angaben über Ihr Kind:

--

Warum wollen Sie Ihr Kind im Kinderzentrum München zur Untersuchung anmelden?

--

Falls Ihr Kind Störungen, bzw. Auffälligkeiten aufweist, wann haben Sie diese zum ersten Mal wahr genommen?

Im Alter von:

--

Wie haben Sie diese entdeckt?

--

Welche Hilfe für Ihr Kind erwarten Sie von uns?

--

Entwicklung:

Sie sind als Eltern diejenigen, die Ihr Kind am besten kennen. Sie können uns aus diesem Grunde durch die gewissenhafte Beantwortung der folgenden Fragen eine wesentliche Hilfe bei den Untersuchungen sein. Bitte machen Sie ein Kreuz hinter der Antwort, die am ehesten Ihre Meinung über Ihr Kind widerspiegelt und nach Ihrer Beurteilung am besten zutrifft.

Welche Entwicklungsstufe hat Ihr Kind in den folgenden Gebieten erreicht?

	überdurchschnittlich	altersgemäß	unterdurchschnittlich
Bewegungstüchtigkeit (z. B. Geschicklichkeit beim Laufen, Klettern, Schwimmen, Fahrradfahren)			
Handgeschicklichkeit (z. B. Malen, Spielen, Bauen mit Bausteinen, Puzzle legen)			
Sprache (z. B. Wortschatz, Nachsprechen, Ereignisse darstellen, Sprechen in vollständigen Sätzen)			
Selbständigkeit (z. B. An- und Ausziehen, Essen, Waschen, Ausführen kleiner Aufträge)			

Haben Sie irgendwelche Probleme mit dem Verhalten Ihres Kindes?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Übermäßige Ängstlichkeit
<input type="checkbox"/> Aggressivität
<input type="checkbox"/> starker Trotz
<input type="checkbox"/> starke motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche
<input type="checkbox"/> Störung des Essverhaltens
<input type="checkbox"/> ausgeprägte Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> _____ |
|---|---|

Bei meinem Kind liegt vor:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blindheit
<input type="checkbox"/> ausgeprägte Sehbeeinträchtigung
<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit
<input type="checkbox"/> Allergien / Medikamentenunverträglichkeit: _____ | <input type="checkbox"/> Das Kind spricht sehr undeutlich
<input type="checkbox"/> Das Kind hat Schwierigkeiten mit einzelnen Buchstaben
<input type="checkbox"/> Das Kind stottert

<input type="checkbox"/> Das Kind hatte früher Anfälle mit Zuckungen und Bewusstseinsstörungen
<input type="checkbox"/> Das Kind hat noch immer Anfälle |
|---|---|

Es bekommt deswegen folgende Medikamente: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Das Kind hat einen Behindertenausweis | <input type="checkbox"/> Das Kind bekommt Pflegegeld
Pflegestufe: _____ |
|--|--|

Bitte verwenden Sie diesen Raum für ergänzende Angaben

Bitte verwenden Sie diesen Raum für ergänzende Angaben

KLÄRUNG DER SORGEBERECHTIGUNG:

DIESE SEITE UNBEDINGT VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN UND IM UNTEREN TEIL UNTERSCHREIBEN!

Name, Vorname, Geb.datum des Kindes: _____

Anschrift: _____

Name, Vorname, Geb.datum des/der Sorgeberechtigten: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im Kinderzentrum München zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Betreuung besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

Datum & eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

HINWEIS: Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im Kinderzentrum München aus rechtlichen Gründen nicht möglich!

ÜBERNAHME DER AUFSICHTSPFLICHT

Ziel der Sozialpädiatrie ist es, durch Diagnostik und Behandlung unter anderem das Zusammenleben von Ihren Kindern und Ihnen zu erleichtern. Aus diesem Grunde ist das Kinderzentrum München familiär und offen gestaltet.

Bedenken Sie deshalb bitte, dass Sie während des stationären bzw. ambulanten Aufenthaltes selbst die Aufsichtspflicht für Ihr Kind übernehmen. Dieses gilt für alle Zeit und alle Untersuchungen innerhalb und außerhalb des Kinderzentrums München, in dem Sie Ihr Kind selbst betreuen.

In jedem Zweifelsfalle bitten wir Sie, unbedingt mit dem behandelnden Arzt oder Psychologen bzw. dem Pflegepersonal Rücksprache zu nehmen.

Es ist unser Ziel, dass Sie sich mit Ihrem Kind in unserem Hause wohl fühlen.

Oben stehende Vereinbarung habe ich / haben wir verstanden.

Mit meiner Unterschrift/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

Datum & eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

WICHTIG:

Aufgrund der umfassenden Betreuung kann bis zu Ihrem ersten Termin eine gewisse Zeit vergehen. Teilen Sie uns hier bitte unbedingt mit, wann Sie innerhalb der nächsten 3 Monate auf gar keinen Fall einen Termin z. B. wegen Urlaub o. ä. wahrnehmen können.

Bitte schicken Sie uns den ausgefüllten Fragebogen umgehend zurück. Eine Übermittlung mittels Telefax oder E-Mail ist aufgrund der Rechtswirksamkeit Ihrer Unterschriften nicht zulässig!

Ab hier bitte nichts mehr ausfüllen!

Alter:			
□	□	Jahre	□
			□
			□
Termine der Erstuntersuchungen:			
Arzt:	_____	Datum:	_____
		Uhrzeit:	_____
Psychologe:	_____	Datum:	_____
		Uhrzeit:	_____
Sprachabteilung:	_____	Datum:	_____
		Uhrzeit:	_____
Physiotherapie:	_____	Datum:	_____
		Uhrzeit:	_____
Ergotherapie:	_____	Datum:	_____
		Uhrzeit:	_____
EEG:	_____	Datum:	_____
		Uhrzeit:	_____
Genetik:	_____	Datum:	_____
		Uhrzeit:	_____
Sozialdienst:	_____	Datum:	_____
		Uhrzeit:	_____
Konsilien:	_____	Datum:	_____
		Uhrzeit:	_____
_____:	_____	Datum:	_____
		Uhrzeit:	_____
Vordiagnose:			
Mitteilungen an die Patientenverwaltung/Terminvergabe:			