



Ein Tochterunternehmen der
Kliniken des Bezirks Oberbayern

Kinderzentrum München

◆ gemeinnützige GmbH

Sozialpädiatrisches Zentrum
Fachklinik für Sozialpädiatrie und
Entwicklungsrehabilitation

Heiglhofstraße 63
81377 München
Tel. 089/71009-0
Fax 089/71009-199
E-Mail: patientenverwaltung@kinderzentrum-muenchen.de
www.kinderzentrum-muenchen.de

ELTERNFRAGEBOGEN FÜR KINDER & JUGENDLICHE

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte!

Wir danken Ihnen für die Anmeldung Ihres Kindes im Kinderzentrum München.

Um einschätzen zu können, welche Maßnahmen bei Ihrem Kind notwendig und sinnvoll sind, bitten wir Sie mit dem nachfolgenden Fragebogen um einige Informationen. Bitte füllen Sie diesen sorgfältig und gewissenhaft aus.

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 ersten entscheidenden Schritt zur effektiven Behandlung Ihres Kindes.

Herzlichen Dank!

Bitte beachten Sie:

um einschätzen zu können, welche Maßnahmen bei Ihrem Kind notwendig und sinnvoll sind, benötigen wir Ihre Mithilfe.

Bitte reichen Sie uns gemeinsam mit dem anhängenden Fragebogen folgende Unterlagen mit ein:

- Kopien von Berichten bisheriger Untersuchungen/Behandlungen Ihres Kindes bei Ärzten, Psychologen, Therapeuten und/oder Frühförderstellen
- Kopien des Vorsorgeheftes (gelbes Heft) mit allen bisherigen U-Untersuchen und Kurven
- Kopie des Mutterpasses
- Kopie des Impfpasses
- Kopien von Laborbefunden, Röntgenbilder, CT- oder Kernspintomographiebilder
- Kopien von Berichten von Schulpsychologen bzw. Schulen
- Kopien von Zeugnissen
- Kopien von Behördenbescheinigungen
- Kopien von Gutachten

Bitte teilen Sie uns mit, welche speziellen Fragen Sie und die überweisenden Stellen an uns haben.

Erst wenn Ihr Fragebogen mit allen Unterlagen bei uns eingegangen ist, können wir eine Untersuchung Ihres Kindes planen. Diese läuft in der Regel wie folgt ab:

1. ärztliche und psychologische Eingangsuntersuchung
2. Entscheidung und Beratung gemeinsam mit Ihnen über notwendige weitere spezielle Untersuchungen oder bereits Therapieempfehlungen (ambulant oder stationär)

Die speziellen Untersuchungen, insbesondere aber die therapeutischen Maßnahmen können in der Regel nicht sofort im Anschluss durchgeführt werden. Aufgrund der großen Nachfrage und der Intensität unserer Behandlungen kann es zu längeren Wartezeiten kommen.

Bitte haben Sie auch Verständnis dafür, dass Sie nicht unbedingt eine weitergehende Therapie in unserem Hause erhalten können, sondern wir Sie nach gründlicher und sorgfältiger Einschätzung auch an niedergelassene Therapeuten bzw. andere Institutionen verweisen, die sich in der Nähe Ihres Wohnortes befinden.

Wir werden Ihnen schnellstmöglich nach Erhalt aller Unterlagen einen ersten Bescheid geben. Sollten Sie in nächster Zeit wegen Urlaub oder aus anderen Gründen, die Ihnen bereits jetzt bekannt sind, nicht in der Lage sein, einen Termin im Kinderzentrum wahrzunehmen, vermerken Sie dieses bitte auf dem Fragebogen.

Haben Sie einen Termin von uns erhalten, bringen Sie zu diesem Termin bitte einen Überweisungsschein Ihres behandelnden (Kinder-) Arztes mit. Diesen benötigen wir zwingend für jedes Quartal, in dem Ihr Kind im Kinderzentrum behandelt wird. Liegt uns dieser Überweisungsschein nicht vor, sind wir leider gezwungen Ihnen eine Privatrechnung über die erfolgten Behandlungen zu stellen.

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

telefonisch unter 089-71009-0

oder

per email unter patientenverwaltung@kinderzentrum-muenchen.de

Wir freuen uns darauf Ihnen helfen zu können

Ihr Kinderzentrum München

Patientennummer:		(Wird vom Kinderzentrum eingetragen!)
Familiename des Kindes:		Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geboren am: _____	in: _____
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:		Straße:
Telefonnr. unter der Sie tagsüber erreichbar sind:		Telefax:
Versichertenr. des Kindes		
Hauptversicherter:		Geboren am: _____
Name und Anschrift der Krankenversicherung:		

Name des Vaters:		Vorname: _____
Geboren am, in:		PLZ, Wohnort: _____
Straße:		Tel. / Mobil: _____
Beruf (erlernt):		Telefax: _____
zur Zeit ausgeübt:		E-Mail: _____
Arbeitgeber (Name, ggf. Tel.):		

Name der Mutter:		Vorname: _____
Geborene:		
Geboren am, in:		PLZ, Wohnort: _____
Straße:		Tel. / Mobil: _____
Beruf (erlernt):		Telefax: _____
zur Zeit ausgeübt:		E-Mail: _____
Arbeitgeber (Name, ggf. Tel.):		

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

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

Bei meinem Kind liegt vor:

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

DIESE SEITE UNBEDINGT VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN!

KLÄRUNG DER SORGEBERECHTIGUNG:

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 etwaigen 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 etwaigen 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!

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 eintragen

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:			