



**Kinderklinik und Poliklinik**  
Direktor: Prof. Dr. C. P. Speer

Sozialpädiatrisches Zentrum / Frühdiagnosezentrum  
Ärztlicher Leiter: OA Dr. M. Häußler  
Stv.: OA Dr. F. Maier  
Josef-Schneider-Str. 2 · 97080 Würzburg

## Fragebogen

Liebe Eltern,

im folgenden haben wir einige Fragen, die uns wichtig erscheinen, zusammengestellt. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn per Fax an **0931/201-27858** oder per Post an **Sozialpädiatrisches Zentrum Frühdiagnosezentrum, Haus C5, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg**

männlich  weiblich

\_\_\_\_\_  
Nachname/Vorname Ihres Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Festnetz-Telefonnummer/Handy

\_\_\_\_\_  
Ihre Anschrift - Postleitzahl, Ort, Straße

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Landkreis

\_\_\_\_\_  
Bundesland

**Überweisender Kinderarzt?**

**(Bitte beachten: Wir können nur noch Überweisungsscheine von Kinderärzten annehmen)**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen?**

**Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?** \_\_\_\_\_

gesetzlich

privat

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anderer Elternteil: \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Name, Vorname, Geburtsdatum

➔ **Das Wichtigste:**

➔ **Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?**

➔ \_\_\_\_\_  
➔ \_\_\_\_\_  
➔ \_\_\_\_\_  
➔ \_\_\_\_\_  
➔ \_\_\_\_\_  
➔ \_\_\_\_\_  
➔ \_\_\_\_\_

➔ **Welche Hilfen erwarten Sie?**

➔ \_\_\_\_\_  
➔ \_\_\_\_\_  
➔ \_\_\_\_\_  
➔ \_\_\_\_\_  
➔ \_\_\_\_\_

**Gibt es besondere Fragestellungen behandelnder Ärzte, Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (z.B. Schule, Kindergarten)? Bitte fragen Sie nach!**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wir bitten um einige Angaben über die Vorgeschichte Ihres Kindes:**

## **Schwangerschaft und Geburt**

**Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?**

Nein

Ja, welche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin:**

- Ja
- Nein, sondern nur bis \_\_\_\_\_ Wochen vor dem Termin  
sondern bis \_\_\_\_\_ Wochen nach dem Termin

Die Geburt erfolgte im \_\_\_\_\_ Krankenhaus

in \_\_\_\_\_ (Ort)

- zu Hause

**Gab es bei der Geburt Besonderheiten?**

- Nein
- Ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?**

5 Minuten \_\_\_\_\_ 10 Minuten \_\_\_\_\_

**Wie waren die Maße Ihres Kindes bei der Geburt?**

Gewicht: \_\_\_\_\_ g, Länge: \_\_\_\_\_ cm, Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

**Zur Neugeborenenzeit (erste 4 Lebenswochen):**

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?

- Ja, in \_\_\_\_\_  Nein

Dauer des stationären Aufenthaltes? \_\_\_\_\_

Musste Ihr Kind beatmet werden?

- Ja, über \_\_\_\_\_ Tage  Nein

Gab es in den ersten Lebenswochen Trinkprobleme?

- Ja  Nein

Gab es sonstige besondere Krankheiten in den ersten Lebenswochen?

- Ja, welche:  Nein

**Machte Ihnen in den ersten Lebenswochen sonst etwas Sorgen?**

- Ja,                       auffallende Bewegungsarmut                       Nein  
 auffallende Unruhe  
 häufiges Spucken  
 Krampfanfälle  
 Schreckhaftigkeit  
 häufiges Schreien  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**Krankheiten Ihres Kindes**

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

- Nein  
 Ja, \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_ Lebensjahr  
 \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_ Lebensjahr  
 \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_ Lebensjahr  
 \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_ Lebensjahr

**Wie verlief die Entwicklung?**

Erstes Lächeln \_\_\_\_\_ Monate  
 Gezieltes Greifen \_\_\_\_\_ Monate  
 Umdrehen von Rückenlage in Bauchlage \_\_\_\_\_ Monate  
 Selbständiges Hinsetzen \_\_\_\_\_ Monate  
 Selbständiges Gehen \_\_\_\_\_ Monate  
 Erste 2 bis 3 sinnvolle Worte im Deutschen \_\_\_\_\_ Monate  
     in der Familiensprache\* \_\_\_\_\_ Monate  
 Erste Zwei- bis Dreiwortsätze im Deutschen \_\_\_\_\_ Monate  
     in der Familiensprache\* \_\_\_\_\_ Monate  
 Tagsüber sauber und trocken \_\_\_\_\_ Monate  
 Nachts sauber und trocken \_\_\_\_\_ Monate  
 \* hauptsächlich genutzte Sprache (Familiensprache) bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern \_\_\_\_\_

**Besucht/e Ihr Kind einen Kindergarten (oder eine Krippe)?**

- Ja, und zwar vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Lebensjahr                       Nein

**Welchen?**

Regelkindergarten in \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

- Integrationskindergarten                       Schulvorbereitende Einrichtung/Förderkindergarten  
 mit Tagesstätte                                       Krippe

Welche(n)? \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Wo? \_\_\_\_\_

**Gab/Gibt es dort Probleme?**

Ja,

Nein

---

---

---

---

**Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?**

Ja, weil \_\_\_\_\_

Nein

Mein Kind besucht die \_\_\_\_\_ Klasse der Schule in \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Einschulungsjahr \_\_\_\_\_

**Schulform:**

Grundschule

Hauptschule

Inclusive Schule/Inclusion

Förderschule/welche? \_\_\_\_\_

Heilpädagogische Tagesstätte \_\_\_\_\_

Weiterführende Schule

Hort

Stärken hat er/sie in \_\_\_\_\_

Schwächen/Probleme in \_\_\_\_\_

**Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule?**

Ja, \_\_\_\_\_

Nein

---

---

**Gibt es Verhaltensprobleme zu Hause?**

Ja, \_\_\_\_\_

Nein

---

---

---

**Was spielt Ihr Kind gerne?**

---

---

---

---

## Falls bei Ihrem Kind chronische Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen:

Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten an anderer Stelle bereits untersucht?

- Ja Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Nein \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes von einem Augenarzt überprüft?  Nein

- Ja, wann? \_\_\_\_\_ Befund auffällig?  Nein  Ja, was? \_\_\_\_\_

Wurde die Hörfähigkeit Ihres Kindes von einem HNO-Arzt überprüft?  Nein

- Ja, wann? \_\_\_\_\_ Befund auffällig?  Nein  Ja, was? \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?  Nein

- Ja, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bekommt/bekam es schon eine spezielle Förderung?

- Krankengymnastik nach Bobath von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Krankengymnastik nach Vojta von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Pädagogische Frühförderung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Ergotherapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Heilpädagogik von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Sprachförderung/Logopädie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Sind Sie mit Ihrem Kind noch in einer zusätzlichen Betreuung, z.B. Arzt, Psychologe, Beratungsstelle?**

Ja,  Nein  
wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Nutzt Ihr Kind Hilfsmittel?**

Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

**Hat Ihr Kind Anfälle?**

Ja,  Nein  
zuletzt \_\_\_\_\_  
wie häufig \_\_\_\_\_  
wie lange \_\_\_\_\_

wie sehen die Anfälle aus? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Zur Familie:

**Hat Ihr Kind Geschwister oder Halbgeschwister?**

(Bitte kreuzen Sie die Beziehung zu den Elternteilen an)

Vorname:	Geburtsjahr:	Geschwister	Halbgeschwister gleiche Mutter	Halbgeschwister gleicher Vater
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wurde bereits ein Geschwisterkind in unserem Zentrum (oder in der Neuropädiatrischen Sprechstunde) vorgestellt?**

Wenn ja, Name des Geschwisterkindes \_\_\_\_\_

**Gibt es besondere oder chronische Krankheiten bei Eltern, Großeltern und Geschwistern?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gab es in der Familie Fehlgeburten oder Totgeburten?**

Ja, im Jahr \_\_\_\_\_ im \_\_\_ Schwangerschaftsmonat  Nein  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen?**

von der Mutter \_\_\_\_\_ vom Vater \_\_\_\_\_ von anderen \_\_\_\_\_

**Wie ist der Familienstand der Eltern?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> verheiratet                 | <input type="checkbox"/> zusammen lebend       |
| <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit _____ | <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ |
| <input type="checkbox"/> allein erziehend            | <input type="checkbox"/> wieder verheiratet    |

**Das Kind lebt bei/in**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> beiden Eltern                        | <input type="checkbox"/> einem Elternteil (Name) _____ |
| <input type="checkbox"/> einer Pflegefamilie _____ seit _____ | <input type="checkbox"/> einer Einrichtung _____       |

Wer hat die Personensorge? \_\_\_\_\_

**Hiermit melden wir unser Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum an:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beider Eltern oder eines Elternteils, der hiermit erklärt, in Abstimmung mit dem anderen Elternteil zu handeln

**Nur bei Kindern, die nicht bei einem Elternteil leben (z.B. Pflegekinder):**

Wer hat die Gesundheitsorge? \_\_\_\_\_

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Vorstellung des Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Inhabers der Gesundheitsorge

**Ergänzungspfleger**  ja  nein

**Bitte legen Sie den Fragebogen auch dem überweisenden Kinderarzt vor!**

**➔ Bitte vom überweisenden Kinderarzt auszufüllen:**

**Stempel des überweisenden Kinderarztes:**

**Ggf. Fragestellung des überweisenden Kinderarztes:**

- Bei dem Kind besteht eine Besiedlung mit einem multiresistenten Erreger, welcher: