



## **Aus welchem Grund soll Ihr Kind bei uns vorgestellt werden?**

---



---



---

**Seit wann besteht die Problematik?** \_\_\_\_\_

**Wer hat Ihnen empfohlen, Ihr Kind bei uns vorzustellen?**

---

**Wurde das Kind oder ein Geschwisterkind bereits einmal in unserem SPZ vorgestellt?**

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**In welchen Bereichen bestehen Fragen, Auffälligkeiten oder Störungen?**

- |                                                 |                                                        |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau | <input type="checkbox"/> Sozialverhalten               |
| <input type="checkbox"/> Essverhalten           | <input type="checkbox"/> Erziehung                     |
| <input type="checkbox"/> Schlafverhalten        | <input type="checkbox"/> Familienleben                 |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden /EEG     | <input type="checkbox"/> Verhalten im Kindergarten     |
| <input type="checkbox"/> Bewegung               | <input type="checkbox"/> Verhalten in der Schule       |
| <input type="checkbox"/> Sprache                | <input type="checkbox"/> Schulleistungen               |
| <input type="checkbox"/> Hören                  | <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung          |
| <input type="checkbox"/> Sehen                  | <input type="checkbox"/> Sauberkeit/ Selbstständigkeit |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:             | _____                                                  |

**Leidet Ihr Kind unter chronischen Erkrankungen oder Behinderungen? (besonders in den Bereichen: Gehirn, Nerven/ Muskeln, Sinnesorgane, Körperbau und Wachstum)**

Wenn ja, welche?

---



---



---

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein oder benötigt es spezielle Hilfsmittel?**

Wenn ja, welche?

---



---



---

**Gibt es besondere Erkrankungen oder Behinderungen in der Familie?**

beim Vater, der väterlichen Familie: \_\_\_\_\_

bei der Mutter , der mütterlichen Familie: \_\_\_\_\_

bei Geschwistern: \_\_\_\_\_

**Gab oder gibt es aus Ihrer Sicht Belastungen/ Probleme in der Familie, die die Entwicklung Ihres Kindes beeinflusst haben könnten?**

---



---



---

**Wurde Ihr Kind in der Vergangenheit bereits woanders untersucht oder behandelt?**

- |                                                    |                                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fachärzte                 | <input type="checkbox"/> Anderes SPZ                   |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie              | <input type="checkbox"/> Logopädie                     |
| <input type="checkbox"/> Frühförderstelle          | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik              |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle | <input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst   |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus/ Ambulanz     | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie            | <input type="checkbox"/> Sonstiges                     |

Wenn ja bei wem, wann und warum?

---



---



---

Bitte bringen Sie in jedem Fall Kopien wichtiger Berichte zum Erstgespräch mit!

**Angaben zur Entwicklung des Kindes:**

Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten oder Probleme?

---



---



---

Geburt: In der wievielten Schwangerschaftswoche war die Geburt? \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Gab es Besonderheiten/ Probleme bei der Geburt?

---



---



---

Gab es Besonderheiten/ Probleme in der Neugeborenenzeit bzw. im ersten Lebensmonat?

---



---



---

Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindesalter: (Geburt bis 3 Jahre)

Gab es Probleme in folgenden Bereichen: Bitte geben Sie an, welche Auffälligkeiten bestanden und in welchem Zeitraum.

<input type="checkbox"/> Schlafen	<input type="checkbox"/> Essen /Verdauung
<input type="checkbox"/> Motorik	<input type="checkbox"/> Hören oder Sehen
<input type="checkbox"/> Übermäßiges Schreien	<input type="checkbox"/> Verhalten

Wann zeigte Ihr Kind erstmals folgende Entwicklungsschritte?

Gab es Auffälligkeiten/ Probleme?

Sitzen	mit _____ Monaten	
Krabbeln	mit _____ Monaten	
Freies Laufen	mit _____ Monaten	
Erste Worte	mit _____ Monaten	
2-Wort Sätze	mit _____ Monaten	
Trocken tagsüber	mit _____ Monaten /Jahren	
Trocken nachts	mit _____ Monaten/ Jahren	
Sauber	mit _____ Monaten/ Jahren	

Welche Sprache(n) spricht Ihr Kind? \_\_\_\_\_  
 Welche Sprache hat Ihr Kind als erstes erlernt? \_\_\_\_\_  
 Welche Sprache wird in der Familie gesprochen? \_\_\_\_\_

**Gab es Auffälligkeiten bei den Vorsorgeuntersuchungen?**

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**(Bitte in jedem Fall das gelbe Kinderuntersuchungsheft mitbringen!!)**

**Wann und wo wurde bei Ihrem Kind zuletzt das Sehen und Hören untersucht? Mit welchem Ergebnis?**

	Wann:	Wo:	Ergebnis:
Hören:			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> auffällig:
Sehen:			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> auffällig:

**Wie ist die Entwicklung im Kindergarten verlaufen?**

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

**Wie ist die Entwicklung in der Schule verlaufen?**

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

**Welche Schule und welche Klasse besucht Ihr Kind zurzeit?**

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_  
 Wie sind die gegenwärtigen Leistungen? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns im Vorfeld mitteilen möchten?**

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

## Erklärung der Sorgeberechtigten

- Wir wünschen eine Untersuchung des Kindes \_\_\_\_\_ im SPZ in Dinslaken.

- Wir willigen ein, dass die Untersuchungsbefunde an den überweisenden Kinderarzt übersandt werden.

(nicht zutreffendes bitte streichen)

Unterschrift aller Sorgeberechtigten:

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

Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_

Ggf. anderer Sorgeberechtigter \_\_\_\_\_

## Bitte beachten !

Bei **gesetzlich Krankenversicherten** können wir Ihr Kind nur dann untersuchen, wenn ihre Kinderärztin/ihr Kinderarzt das befürwortet **und** eine **Überweisung** für das SPZ ausstellt. Bitte sprechen Sie deswegen mit ihr/ihm und bitten darum, den folgenden Abschnitt auszufüllen und zu unterschreiben.

## Von der Kinderärztin /dem Kinderarzt auszufüllen!

Mit einer Vorstellung des o.g. Kindes im SPZ Dinslaken bin ich einverstanden und werde entsprechende Überweisungen ausstellen.

Ich habe zusätzlich folgende Anmerkungen oder Fragestellungen:

Datum

Unterschrift

Praxisstempel