

Fragebogen zur Anmeldung im Sozialpädiatrischen Zentrum Uniklinik Leipzig

Datum: _____ Alter des Kindes: _____

Wird ausgefüllt von: _____ Verhältnis zum Patient: _____

Zum Kind

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Aktuelle Kontaktdaten:

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail Adresse: _____

Kind lebt bei: _____

Kinderarzt (Name, Anschrift, Tel.): _____

Wer hat eine Vorstellung in unserem SPZ empfohlen und warum bei uns?

Vorstellungsgrund:

Sorgeberechtigte

beide Eltern Amtsvormund: _____

Mutter alleiniges Sorgerecht Pflegeperson: _____

Vater alleiniges Sorgerecht andere Person: _____

Sonstige medizinische Informationen zum Kind

Aktuelle gesundheitliche Probleme: _____

Bisherige Diagnosen: _____

Aktuelle Medikamente: _____

Schwangerschaft (Besonderheiten? Komplikationen?) _____

Geburt /Neugeborenenperiode:

Spontan Kaiserschnitt Vakuum/Zange

Schwangerschaftswoche: _____ Geburtsgewicht: _____ Körperlänge: _____

Kopfumfang: _____ APGAR: _____ NabelarterienpH: _____

Besonderheiten? Komplikationen? _____

Bisherige Entwicklung des Kindes:

Gibt es eine Entwicklungsverzögerung? nein ja

Macht Ihr Kind Rückschritte in der Entwicklung (Verlernt es Dinge, die es konnte)? nein ja

Welche? _____

Bewegung:

Wann konnte Ihr Kind krabbeln? _____ Monate; sitzen? _____ Monate

 stehen? _____ Monate; laufen? _____ Monate

Auffälligkeiten im Bereich der Körpermotorik: _____

(freilassen für Aufkleber)

Auffälligkeiten in der Handmotorik: _____

Sprache:

Erste Worte waren: _____ im Alter von _____ Monaten

Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung? _____

Auffälligkeiten im Bereich Verhalten / Emotionen/Schlafverhalten/Ernährung/Selbstständigkeit:

Bisher erfolgte Diagnostik:

Was?	Wann?	Wo /durch wen?	Ergebnis?
Augenarzt			
Hörtest			
Röntgen			
MRT			
CT			
Laboruntersuchungen			
Genetische Untersuchung			

(freilassen für Aufkleber)

Bitte fügen Sie uns, wenn möglich, eine Kopie der Befunde / Arztbriefe bei.
MRT, CT, Röntgen-Bilder bitte zur Vorstellung auf CD gebrannt mitbringen.

Aktuelle Therapien / Fördermaßnahmen (seit wann? bei wem?)

- O Physiotherapie _____
- O Ergotherapie _____
- O Logopädie _____
- O Frühförderung / Heilpädagogik _____
- O Psychotherapie _____
- O Andere: _____

Hilfsmittel und Hilfsmittelversorger (Sanitätshaus): _____

Familie

Geschwister Name, Alter: _____

Erkrankungen in der Familie (bei wem?): _____

Sonstige Bemerkungen

(freilassen für Aufkleber)