

Klinikum Stuttgart
Olgahospital
Sozialpädiatrisches Zentrum
Kriegsbergstr.62
70174 Stuttgart

vergeben an:

Termin am:

verschickt
über:

Eingang
am:

Tel. **0711 278-72760**
Fax: **0711 278-72429**
e-mail: **spz@klinikum-stuttgart.de**

vergeben durch:

Liebe Eltern,

bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen einen **Untersuchungstermin** erst dann nennen können, wenn uns dieser **FRAGEBOGEN ausgefüllt** vorliegt.

Kind: _____
Zuname Vorname Geburtsdatum

männlich: weiblich:

Vater: _____
Zuname Vorname Geburtsdatum Beruf

Mutter: _____
Zuname Vorname Geburtsdatum Beruf

Anschrift: _____
Straße Hausnummer Postleitzahl Ort **Telefon**

_____ E-Mail-Adresse:

_____ Fax:

Kostenträger: _____
Krankenkasse

Vom überweisenden **Arzt / Ärztin** unbedingt auszufüllen:
Diagnosen / Fragestellungen:

Stempel / Unterschrift

Gibt es Tage, an denen Sie nicht kommen können?

War ihr Kind oder ein Geschwisterkind schon hier im SPZ?

**Weshalb wollen Sie uns Ihr Kind vorstellen? Welche Fragen oder Befürchtungen haben Sie?
Schreiben Sie bitte ausführlich:**

Wurde oder wird Ihr Kind wegen der von Ihnen aufgeführten Auffälligkeiten bereits an anderer Stelle ärztlich / psychologisch untersucht oder behandelt? *Befundberichte bitte mitschicken!*

Welche anderen Beratungen und Hilfen wurden oder werden in Anspruch genommen? _____

Hörprüfung: nein ja wann? bei wem _____
Sehprüfung: nein ja wann? bei wem _____
Schädel-Sono: nein ja wann? bei wem _____
CT / MRT: nein ja wann? bei wem _____
EEG: nein ja wann? bei wem _____

**War Ihr Kind in Therapie?
*Therapieberichte bitte mitbringen!***

Physiotherapie/Krankengymnastik: nein ja wann? bei wem _____
Ergotherapie: nein ja wann? bei wem _____
Logopädie: nein ja wann? bei wem _____
Heilpädagogik: nein ja wann? bei wem _____
Psychotherapie: nein ja wann? bei wem _____
Sonstige: nein ja wann? bei wem _____

Erhält / erhielt Ihr Kind Medikamente? nein ja

welche? _____

I. Angaben zur Schwangerschaft

Verlauf der Schwangerschaft: _____

Nahmen bzw. hatten Sie während der Schwangerschaft

Medikamente / Drogen? nein ja

Welche? _____ im _____ Monat

Berufliche / seelische Belastungen? nein ja im _____ Monat

Zigarettenkonsum? nein ja Etwa _____ Stück täglich im _____ Monat

Alkoholkonsum? Bier / Schnaps / Wein: nein ja _____ täglich im _____ Monat

II. Angaben zur Geburt

War die Geburt termingerecht?: nein ja _____
_____ Wochen / Tage zu früh zu spät

Geburtsverlauf: _____

Geburtsgewicht: _____ g, Länge: _____ cm, Kopfumfang: _____ cm

Apgar: _____ Nabelschnur-ph: _____

Wurde das Kind in der Klinik oder zu Hause geboren? (Klinikanschrift)

Waren Wiederbelebungsmaßnahmen notwendig? nein ja

Wurde das Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt? (Wie alt war es? Klinikanschrift)

Wurde das Kind im Brutkasten (Inkubator) aufgezogen? nein ja

Wurde es beatmet? nein ja

Hatte das Kind in den ersten Lebenswochen Trinkschwierigkeiten, häufiges Erbrechen, Krampfanfälle usw.?

Wurde Ihr Kind gestillt? nein ja Wie lange? _____

Erschien Ihnen das Kind im 1. Lebensjahr auffällig (sehr ruhig / unruhig, verschrien usw.)? Gab es Ess- oder Schlafprobleme?
Hatte das Kind 3-Monats-Koliken? _____

III. Entwicklungsdaten

In welchem Alter hat das Kind angefangen

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ● zu lächeln? _____ | ● die ersten Wörter zu sagen? _____ |
| ● nach Gegenständen zu greifen? _____ | ● kleine Sätze zu bilden? _____ |
| ● alleine zu sitzen? _____ | ● „ich“ zu sagen? _____ |
| ● zu krabbeln? _____ | ● zu fremdeln? _____ |
| ● alleine zu stehen? _____ | ● zu trotzen? _____ |
| ● frei zu gehen? _____ | ● sauber zu sein? _____ |
- tags: _____ nachts: _____

Aufnahme im Kindergarten / in einer Kindertagesstätte?

In welchem Alter? _____

Gab/Gibt es im Kindergarten / in der Kindertagesstätte Probleme? Welche? _____

Besuch der **Grundschulförderklasse**? nein ja

Einschulung? In welchem Alter?

Gab / Gibt es in der Schule Probleme? Welche? _____

Die wievielte Klasse besucht Ihr Kind? _____

In welcher Schulform? _____
Wie heißt die Schule? _____

Falls Ihr Kind unruhig (hyperaktiv) ist: Wann begann die Unruhe? _____

IV. Krankheiten

Kinderkrankheiten? Welche und wann? _____

Sonstige Krankheiten? Welche und wann? _____

Häufige Erkältungen? **Ohrinfekte**? Unfälle? Krampfanfälle _____

Allergien? _____

Krankenhausaufenthalte? Wo, wann und warum? _____

Operationen? Welche und wann? _____

V. Angaben zur Familie

Sind Vater und Mutter miteinander blutsverwandt? nein ja

Wenn ja, wie? _____

Hat es ähnliche Auffälligkeiten / Störungen wie bei Ihrem Kind auch schon in der väterlichen / mütterlichen Blutsverwandschaft gegeben?

nein ja

Erkrankungen in der Familie? nein ja

Leben Vater und Mutter zusammen? nein ja

Welche Geschwister hat der Patient / die Patientin? Alter der Geschwister

1. _____ 4. _____ 7. _____

2. _____ 5. _____ 8. _____

3. _____ 6. _____ 9. _____

Fehlgeburten: _____ verstorbene Geschwister: _____

Leben weitere Verwandte in der Familie / im Haus?

VI. **Ganz wichtig !!!**

Haben Sie alles was Ihnen möglich war ausgefüllt?

Vielen Dank
Ihr SPZ-Team