

---

## Anmeldebogen @

---

**Personalien des Kindes:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

**Wohnort des Kindes:**

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ E- Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

**Über wen ist das Kind versichert:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

**Wohnort des Versicherten:**

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: : \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigte:**

Mutter

Vater

Andere

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

(falls von o.g. Anschrift abweichend) \_\_\_\_\_

---

Fragestellung des überweisenden Arztes für die Untersuchung:

Stempel des überweisenden  
Arztes

Wer empfahl die Vorstellung Ihres Kindes im SPZ?

.....  
.....

Weshalb möchten Sie Ihr Kind in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum untersuchen lassen?

(Bitte beantworten Sie gerade diesen Punkt möglichst genau, er ist ganz besonders wichtig für die Planung der Untersuchungen bei Ihrem Kind)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Was erhoffen Sie sich von der Untersuchung im SPZ?

.....  
.....  
.....

Welche Untersuchungen sind deswegen bereits durchgeführt worden? Wann / Wo ?

.....  
.....  
.....

**Zur Beantwortung der folgenden Fragen benötigen Sie möglicherweise das gelbe Vorsorgeheft.**

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?  nein

Wenn ja, welche?  ja

.....  
.....  
.....

Wo wurde Ihr Kind geboren?

.....

Erfolgte die Geburt

- rechtzeitig
- zu spät \_\_\_\_\_ Tage/Wochen
- zu früh \_\_\_\_\_ Tage/Wochen

War einer der folgenden Eingriffe notwendig?

- Kaiserschnitt
- Zange
- Saugglocke (Vakuumextraktion)

Bestand eine Zwillings-/Mehrlingsschwangerschaft?  ja  nein

**Fragen zum Neugeborenen:**

Gewicht \_\_\_\_\_ g      Länge \_\_\_\_\_ cm      Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm  
Apgar-Werte \_\_\_/\_\_\_      ph-Wert:

Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt?  nein  
 ja

Wenn ja, in welche, warum?

.....  
.....  
.....

**Bisherige Entwicklung:**

**Bewegung:**

Mit welchem Alter konnte Ihr Kind  
sich aufsetzen  
alleine laufen

**Sprechen/Sprache:**

Erste Worte im Alter von \_\_\_\_\_

Kurze Sätze im Alter von \_\_\_\_\_

Bestehen Sprachbesonderheiten/ Sprachauffälligkeiten?  nein  
 ja

Wenn ja, welche?

.....  
.....  
.....  
.....

**Hören:**

Kann Ihr Kind gut hören  ja  nein

Wurde schon einmal ein Hörtest gemacht?  ja  nein

Wenn ja, wann und wo:

.....  
.....

Hatte Ihr Kind schon einmal Probleme mit den Ohren oder wurde es Hals-Nasen-Ohren -  
ärztlich operiert (wenn ja, wann und was):

.....  
.....

**Sehen:**

Kann Ihr Kind gut sehen?  ja  nein

Wurde bereits schon ein Sehtest durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann und wo:

.....  
.....

**Sauberkeit:**

Wann war Ihr Kind trocken? tagsüber \_\_\_\_\_ nachts \_\_\_\_\_

sauber? tagsüber \_\_\_\_\_ nachts \_\_\_\_\_

**Spielverhalten:**

Was spielt Ihr Kind gerne? .....

.....

Kann sich Ihr Kind allein beschäftigen?  ja  nein

**Besonderheiten:**

Was fällt Ihnen an Ihrem Kind besonders auf (Stärken, Schwächen)?

beim Spielen

.....  
.....  
.....

beim Arbeiten (z.B. bei den Hausaufgaben)

.....  
.....  
.....

im Kontakt mit anderen Kindern

.....  
.....  
.....

im Kontakt mit Erwachsenen und im Umgang mit Regeln und Verboten

.....  
.....  
.....

im Kontakt mit neuen Situationen und Anforderungen

.....  
.....  
.....

beim Schlafen

.....  
.....  
.....

beim Essen

.....  
.....  
.....

**War Ihr Kind schon einmal ernsthaft krank?**     ja     nein

Krankheiten:

wann

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

Unfälle:

wann:

.....  
.....

.....  
.....

Operationen:

wann:

.....  
.....

.....  
.....

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja     nein

Wenn ja, welche?

.....

War Ihr Kind schon einmal im Kinderkrankenhaus in der Amsterdamer Straße?  ja     nein

Wenn ja, wann und warum?

.....  
.....  
.....  
.....

Bei welchen Ärzten, Kliniken, Therapeuten oder Erziehungsberatungsstellen wurde/wird Ihr Kind betreut?

.....  
.....  
.....  
.....

Hatte oder hat Ihr Kind :

von - bis

wo: Name/Adresse

Physiotherapie  
(Krankengymnastik)

.....

.....

Logopädie

.....

.....

Ergotherapie

.....

.....

pädagogische Frühförderung

.....

.....

Psychotherapie

.....

.....

Anderes

.....

.....

.....

**Welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind und welche besucht es jetzt?**

A: Spielgruppen / Kindergarten /Tagesmutter: von bis

.....

.....

.....

B: Schule: von bis

.....

.....

.....

**Fragen zur Familien-Vorgeschichte:**

Ist das angemeldete Kind ein Adoptivkind?  ja  nein  
ein Pflegekind?  ja  nein

**Geschwister:** - Führen Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf in der Reihenfolge der Geburten (einschl. des angemeldeten Kindes)

Vorname	Geburtsdatum	welche Schulart/Klasse (bzw. Berufsausbildung)	besondere Probleme und Krankheiten
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Sind gleiche oder ähnliche Probleme, Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen?  ja  nein  
Wenn ja, bei wem:

.....

.....

Wer außer dem Kinderarzt und Ihnen soll noch einen Bericht von der Untersuchung bekommen (z.B. Therapeuten, Ärzte, Einrichtungen):

.....

.....

.....

**Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass das Sozialpädiatrische Zentrum bei Bedarf die Berichte von Ärzten, Kliniken, Therapeuten oder Einrichtungen anfordern kann (diese Einverständniserklärung gilt bis zum Widerruf):**  ja  nein  
**Alle Sorgeberechtigten sind mit der Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum einverstanden**  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte/r