



Regensburger Kinderzentrum St. Martin

Sozialpädiatrisches Zentrum
Kinder- und entwicklungsneurologische Ambulanz
Epileptieambulanz für Kinder und Jugendliche

Ärztliche Leitung:
Dr. med. Christina Kutzer
93059 Regensburg, Wieshuberstr. 4
Telefon: 0941/ 465 02 - 0, Fax: - 40
info@kinderzentrum-regensburg.de
www.kinderzentrum-regensburg.de

Einrichtung der
Kath. Jugendfürsorge der
Diözese Regensburg e.V. 

Fragebogen zur Vorgeschichte des Kindes

Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____

männlich weiblich divers

Straße: _____ Landkreis: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Lebt bei Eltern: Ja Nein Wenn nein, bei wem? _____

Und wo? _____

Wer ist sorgeberechtigt? Eltern Mutter Vater andere: _____

Telefon (mobil): _____

E-Mail: _____

Telefon (mobil) weiterer Kontaktperson (Dolmetscher, Geschwister ...): _____

Krankenkasse mit Ort: _____ Versicherten-Nr.: _____

Krankenkassen-Nr.: _____ Status (siehe Versichertenkarte): _____

Mutter Vater

Mutter Vater

Name, Vorname:		
Geburtstag:		
Beruf:		
Staatsangehörigkeit:		

Haben Sie Ihr Kind parallel zu einer weiteren entwicklungsneurologischen oder psychologischen Diagnostik/Behandlung angemeldet?

- Ja, in einem anderen SPZ
 bei einem Psychologen
 in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Andere: _____

Nein

Stempel und Unterschrift des Überweisers/der Überweiserin

Weshalb möchten Sie ihr Kind vorstellen?

In welchem Bereich sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung und Bewegung | <input type="checkbox"/> Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Intelligenzentwicklung | <input type="checkbox"/> Umgang und Spiel mit anderen Kindern |
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> Erziehung |
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> schulische Leistungen |
| <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau | |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | |
| <input type="checkbox"/> Anfälle | |

Können Sie die Probleme genauer beschreiben?

Welche Stärken / Schwächen sehen Sie bei Ihrem Kind?

Welche Untersuchungen und Hilfen erwarten Sie?

Fragen zur Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft war es? _____

Hatte die Mutter früher Fehlgeburten? (Wann?) _____

Wie alt waren die Eltern bei der Geburt des Kindes? Mutter _____ Jahre Vater _____ Jahre

Nahm die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

Zeigten Ultraschall-Untersuchungen Auffälligkeiten? Welche? _____

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten, wie zum Beispiel:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutungen / drohende Fehlgeburt / drohende Frühgeburt | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck / EPH-Gestose |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> seelische Belastungen |
| <input type="checkbox"/> andere (bitte schildern Sie sie) | |

Fragen zur Geburt

In welchem Krankenhaus hat die Mutter entbunden?

Errechneter Geburtstermin: _____

Entbindung: termingerecht zu früh zu spät _____ Tage/ _____ Wochen

Wie lange dauerte • die Geburt insgesamt? _____ Stunden

• die Zeit zwischen Blasensprung und Geburt? _____ Stunden

Das Fruchtwasser war: grün zu viel zu wenig unauffällig

Die Nachgeburt (Plazenta) war: auffällig zu klein vernarbt unauffällig

Gab es Erschwernisse bei der Geburt? Zum Beispiel:

Zwillinge Steißlage Kaiserschnitt Saugglocke andere (bitte beschreiben Sie sie):

Fragen zum Neugeborenen

(Vergleiche U1 und U2 im Vorsorgeheft)

Gewicht _____ g Länge _____ cm Kopfumfang _____ cm

Hat Ihr Kind sofort nach der Geburt geschrien? ja nein Apgarwerte

--	--	--

Wurde Ihr Kind beatmet? ja nein Wie lange? _____

Nabelarterien-pH-Wert: _____

Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt? ja nein

Anschrift:

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf, wie zum Beispiel:

Infektionen Krampfanfälle andere: _____

Fragen zur Entwicklung des Kindes

Wie hat sich Ihr Kind in den ersten Lebensjahren entwickelt?

In welchem Alter begann es,

Sie anzublicken? _____ zu krabbeln? _____

zu lächeln? _____ frei zu gehen? _____

zu greifen? _____ erste Worte zu sprechen? _____

sich zu drehen? _____ kurze Sätze zu sprechen? _____

frei zu sitzen? _____ In welcher Sprache? _____

Was spielt Ihr Kind besonders gerne? Welche Hobbys / Vorlieben hat Ihr Kind?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

Name des Medikaments	Dosis (mg)	Dosierung (z.B. 3 x 1)	Seit wann?

Fragen zu Familie, Kindergarten und Schule

Geschwister:

Schreiben Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf sowie aller anderen Kinder, die in der Familie leben.

Name	Geburtsdatum	welche Schulart und Klasse (bzw. berufl. Ausbildung)	besondere Probleme oder Krankheiten

War ein (Geschwister-) Kind schon bei uns in Behandlung? Wenn ja, welches und weshalb?

Sind die Eltern verheiratet in einer Lebensgemeinschaft getrennt geschieden verwitwet

Erziehen Sie Ihr(e) Kind(er) allein? als Mutter als Vater als: _____

Wer betreute Ihr Kind im ersten Lebensjahr? _____

Und anschließend? _____

Welche Familiensprache(n) sprechen Sie? _____

Bekamen/bekommen Sie Unterstützung durch: Jugendamt familienentlastenden Dienst

Sozialpäd. Familienhilfe häusliche Krankenpflege Erziehungsberatung Haushaltshilfe

Besucht oder besuchte Ihr Kind eine(n)

Krabbelstube Kindergarten Kinderhort für Schulkinder

Schulvorbereitende Einrichtung (SVE) für _____

Welche Schule besucht oder besuchte Ihr Kind?

Grundschule Mittelschule Weiterführende Schule Diagnose- und Förderklasse

Schule mit besonderem Förderangebot: _____

Klasse: _____ Jahr der Einschulung: _____

Fragen zu bisherigen Untersuchungen und Behandlungen

**Wo haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen vorgestellt?
Wer behandelte Ihr Kind früher oder behandelt es noch jetzt?**

Beruf oder Therapiestelle* Name, Anschrift	Wann? von – bis	Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

* z.B. Arzt/Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Orthopädie, Gynäkologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Frühförderstelle, Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstelle

Wurde Ihr Kind stationär behandelt? In welcher Klinik?

Anschrift der Klinik	von – bis	Wegen welcher Erkrankung?

Bisher durchgeführte spezielle Untersuchungen (ambulant oder stationär)

- Röntgen (z.B. Hüfte) Kernspintomogramm (z.B. Kopf) Genetik EEG Hörprüfung
 Psychologischer Test andere und ergänzende Angaben:

Hat Ihr Kind infektiöse Krankheiten (z. B. HIV, Hepatitis?)

- ja nein Wenn ja, welche?

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

- Vater Mutter anderen: _____