

## FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IM SPZ LEIPZIG

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen, soweit es Ihnen möglich ist, aus. Auch wenn Sie nicht alle Fragen beantworten können, möchten wir Sie ermutigen so viel wie möglich aufzuschreiben. Ihr Beitrag ist sehr entscheidend für die Diagnoseerstellung. Also nehmen Sie sich Zeit und Ruhe und wir bedanken uns schon an dieser Stelle für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname des Kindes:

\_\_\_\_\_

**Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig**

Delitzscher Straße 141

04129 Leipzig

Geburtsdatum: männlich  weiblich

\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer:

\_\_\_\_\_

Gemeinde, Stadt, Landkreis:

\_\_\_\_\_

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

E-Mail:

\_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit  deutsch

andere \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte

Eltern  Vater  Mutter  Vormund:

Adoptivkind, seit wann in der Familie : \_\_\_\_\_ wann adoptiert: \_\_\_\_\_

Pflegekind, seit wann : \_\_\_\_\_

Bitte bei Pflege und Adoptivkindern bisherige Unterbringungen einfügen:

\_\_\_\_\_

**Fragen zu den Eltern**

	Vater	Mutter	Pflege Adoptiveltern
Name (Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum			
Schulabschluss			
erlernter Beruf			
	Vater	Mutter	Andere
ausgeübte Tätigkeit			
Anschrift (falls von o.g. Anschrift abweichend)			
Familienstand			
Telefon (priv. / d.)			
zu erreichen von bis			

Waren Sie mit einem Geschwister Ihres Kindes bereits in der Einrichtung?

Ja (wann \_\_\_\_\_) Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Nein

Leiden Sie an schwerwiegenden chronischen körperlichen oder seelischen Erkrankungen?

---



---



---

## Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ seit wann versichert: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsträger:  DRV Bund  DRV Mitteldeutschland  andere \_\_\_\_\_

Über wen ist das Kind versichert? \_\_\_\_\_

Überweisender Kinderarzt: \_\_\_\_\_

(Name, Anschrift, Telefon) \_\_\_\_\_

## Fragen zu den Schwierigkeiten Ihres Kindes

1. Weshalb möchten Sie Ihr Kind im SPZ vorstellen? **(Eine kurze Beschreibung ist dringend erforderlich.)**

---

---

---

1.1. Welches sind die Stärken Ihres Kindes?

---

---

---

---

2. In welchen Bereich bestehen Störungen oder Auffälligkeiten?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung / Bewegung | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung          | <input type="checkbox"/> Ernährung            |
| <input type="checkbox"/> Sprache                       | <input type="checkbox"/> Verhalten            |
| <input type="checkbox"/> Hör- und Sehvermögen          | <input type="checkbox"/> Erziehung            |
| <input type="checkbox"/> Wachstum/Körperbau            | <input type="checkbox"/> Schulleistungen      |
| <input type="checkbox"/> familiäre Probleme            | <input type="checkbox"/> anderes: _____       |

Seit wann? \_\_\_\_\_

3. Welche Hilfen erwarten Sie, was ist Ihr Behandlungsziel?

---

---

---

---

4. Wer hat Ihnen zur Vorstellung im SPZ geraten?

---

### Fragen zur Schwangerschaft und Geburt

Wievielte Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

In der Schwangerschaft wurde eingenommen/konsumiert:  Nichts  Nikotin

Alkohol  Medikamente, welche: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie verlief die Schwangerschaft?  Normal  Schwangerschaftsvergiftung

vorzeitige Blutungen/Wehen  Mehrlingsschwangerschaft

Probleme bzw. Auffälligkeiten in der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

---

Wie verlief die Geburt?:  Normal  Kaiserschnitt  Saugglocke/ Zange

Sonstiges  Geburt in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm Apgar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gab es Probleme nach der Geburt:  Nein  Ja: Welche? \_\_\_\_\_

---

War die Verlegung in eine Kinderklinik notwendig:  ja  nein

Wohin?: \_\_\_\_\_ Warum?: \_\_\_\_\_

---

Wie lange stationär? \_\_\_\_\_, wurde das Kind gestillt?  ja

## Größe / Gewicht / Kopfumfang

(benutzen Sie bitte hierfür das "Gelbe Vorsorgeheft")

### 1. Geburtsmaße

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g

Geburtslänge: \_\_\_\_\_ cm

Kopfumfang bei Geburt: \_\_\_\_\_ cm

In welcher Schwangerschaftswoche ist ihr Kind geboren? \_\_\_\_\_ Woche

**Bitte tragen Sie, wenn möglich Größe, Gewicht und Kopfumfang unter Benutzung des Vorsorgeheftes ein**

2. **U3** Datum \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

3. **U4** Datum \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

4. **U5** Datum \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

5. **U6** Datum \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

6. **U7** Datum \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

7. **U7a** Datum \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

8. **U8** Datum \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

9. **U9** Datum \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

10. **U10** Datum \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

11. **J1** Datum \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

12. **J2** Datum \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

Größe der leiblichen Eltern: leibliche Mutter: \_\_\_\_\_ cm

leiblicher Vater: \_\_\_\_\_ cm

## Fragen zur bisherigen Entwicklung

### 1. Bewegung

Wann konnte Ihr Kind krabbeln? \_\_\_\_\_ Monaten

stehen? \_\_\_\_\_ Monaten

laufen? \_\_\_\_\_ Monaten

### 2. Sprache

Erste Worte im Alter von: \_\_\_\_\_ Monaten

Versteht Ihr Kind Aufträge altersentsprechend?  Ja  Nein

Sprachauffälligkeiten: \_\_\_\_\_

### 3. Selbständigkeit

Hat Ihr Kind Probleme allein zu essen?  Ja  Nein

sich alleine ausziehen?  Ja  Nein

sich alleine anzuziehen?  Ja  Nein

Knöpfe zu öffnen?  Ja  Nein

Schleifen zu binden?  Ja  Nein

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

#### 4. Verhalten/Emotionen

Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Probleme?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schüchternheit                | <input type="checkbox"/> Störung des Essverhaltens   |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität                 | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> starke motorische Unruhe      | <input type="checkbox"/> übermäßige Ängstlichkeit    |
| <input type="checkbox"/> soziale Schwierigkeiten       | <input type="checkbox"/> Traurigkeit                 |
| <input type="checkbox"/> starke/r Trotz, Wut, Unwillen | <input type="checkbox"/> auffälliges Spielverhalten  |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche        | <input type="checkbox"/> anderes: _____              |

Wo und wann treten die Probleme am häufigsten auf?  zu Hause  
 in der Einrichtung

#### Fragen zum Kindergarten oder Schulbesuch Ihres Kindes

1. Welche der folgenden Einrichtungen hat Ihr Kind besucht bzw. besucht es jetzt noch?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kinderkrippe ab _____ Jahre      |   |
| <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte ab _____ Jahre | <input type="checkbox"/> integrative/heilpädagogische<br>Kindertagesstätte ab _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> Grundschule seit _____           | <input type="checkbox"/> mit/ohne Förderbedarf  |
| <input type="checkbox"/> Förderschule                     |   |
| <input type="checkbox"/> weiterführende Schule            |   |

Es wurde die \_\_\_\_\_ Klasse wiederholt.

Es gibt Schwierigkeiten in der Schule, weil:

---

---

## Fragen zu Krankheiten Ihres Kindes

### 1. Bisherige Erkrankungen

wann?

Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_

Ohrenleiden: \_\_\_\_\_

Lungenentzündung: \_\_\_\_\_

Unfälle: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

### 2. Krankenhausaufenthalt

ja

nein

Wenn ja,

wann? \_\_\_\_\_

wo? \_\_\_\_\_

Warum ? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?  Ja  nein

Wenn ja, welche und Dosis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

seit wann:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Fragen zu den bisher aufgesuchten Ärzten, Kliniken, Therapeuten oder Erziehungsberatungsstellen

	Name	Praxisort	wann	Befund/Testergebnis
Kinderarzt				
HNO-Arzt				
Augenarzt				



Psychologe Psychotherapeut				
Erziehungsberatungsstelle				
Schulpsychologe				
EEG				
MRT/CT				
Röntgen				

Wurde ihr Kind schon an anderer Stelle getestet (z.B. Schulpsychologe, Gesundheitsamt, etc.)?

nein  ja, bei \_\_\_\_\_

Erhält oder erhielt Ihr Kind bereits Therapien/ spezielle Förderungen?  nein  ja

Seit wann? Bei wem? Wie lange?

Physiotherapie \_\_\_\_\_

Sprachtherapie \_\_\_\_\_

Ergotherapie \_\_\_\_\_

Psychomotorik \_\_\_\_\_

Frühförderung/Heilpädagogik \_\_\_\_\_

Psychologische Therapie \_\_\_\_\_

Nachhilfe \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Hilfsmittel?  nein  ja (Hilfsmittelversorger) \_\_\_\_\_

Brille  Rollstuhl  Hörgerät  Orthesen

sonstiges: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?  nein  ja, Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ Merkzeichen: \_\_\_\_\_

Bekommen Sie für Ihr Kind Pflegegeld?  nein  ja, Stufe: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

## **Anlage zum Fragebogen für die Vorstellung im SPZ LEIPZIG, bitte mit Fragebogen an das SPZ LEIPZIG zurücksenden!**

Liebe Eltern, aufgrund des Patienten-Rechte-Gesetzes sind wir gehalten, Sie im Vorfeld über Ihre Rechte und Mitwirkungspflichten zu informieren. Sollten Sie Fragen zu den einzelnen Punkten haben oder etwas für Sie nicht zutreffen, dann kann dies gerne auch zum Zeitpunkt der Vorstellung im SPZ LEIPZIG in einem gemeinsamen Gespräch geklärt werden.

Ihr SPZ LEIPZIG-Team.

### **Klärung der Sorgeberechtigung**

Die Untersuchung eines Kindes im SPZ LEIPZIG darf aus rechtlichen Gründen nur in Begleitung oder mit dem Einverständnis eines Gesundheitsfürsorgeberechtigten (Teil des Sorgerechts) stattfinden.

Bitte Inhaber der Gesundheitsfürsorge ankreuzen:

Beide Elternteile oder  nur Mutter oder  nur Vater

Vormund - Bitte Namen eintragen: \_\_\_\_\_

Sonstige - Bitte Namen eintragen: \_\_\_\_\_

Falls für die Gesundheitsfürsorge eine Vormundschaft besteht, legen Sie bitte eine Kopie der Bestallungs-urkunde bei.

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Gesundheitsorgeberechtigte(r) damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im SPZ LEIPZIG zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.

Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir dem SPZ LEIPZIG umgehend mit.

# Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig

Ärztliche Leitung: Dr. med. Heike Hoff-Emden



---

Ort/Datum Vorname/Familiennamen in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en  
des/der Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

## Schweigepflichtsentbindung

Sollte das Kind in einer Pflegefamilie/Institution aufwachsen, tragen Sie bitte hier den Namen ein:

---

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter des SPZ LEIPZIG und die zuvor genannte Person/Institution gegenseitig von der Schweigepflicht, was den Austausch von Behandlungsdaten und Berichten mit einschließt.

---

Ort/Datum Vorname/Familiennamen in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en des/der Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

## Datenübermittlung

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V muss der SPZ-Träger jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten nach dessen Haus-/Kinderarzt befragen. Gleichzeitig regelt diese Vorschrift die Datenübermittlung zwischen den beteiligten Personen/Institutionen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Behandlungsdaten des Kindes an den unten genannten Arzt zu Dokumentations- und Behandlungszwecken übermittelt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass bei dem genannten Arzt vorliegende Befunde/Behandlungsdaten, soweit sie für die Behandlung des Kindes im SPZ LEIPZIG erforderlich sind, durch das SPZ LEIPZIG angefordert werden können.

Vor-, Mit- und Weiterbehandler sind automatisch von der Schweigepflicht entbunden, wenn ich vorher darüber informiert werde und nicht widerspreche.

Haus-/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

---

Ort/Datum Vorname/Familiennamen in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en des/der Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

## Hinweise zur elektronischen Kommunikation per E-Mail

Sollten wir von ihnen eine E-Mail erhalten, so schließen wir daraus, dass wir zur Beantwortung mittels E-Mail berechtigt sind. Wir gehen auch davon aus, dass sie in der Antwort von uns mit der Nennung des Namens ihres Kindes sowie dessen Geburtsdatum einverstanden sind. Sofern nicht ausdrücklich eine andere Art der Kommunikation gewünscht ist.

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass der E-Mail-Verkehr mit dem SPZ LEIPZIG derzeit nur unverschlüsselt erfolgt und mit allgemeinen Unsicherheiten der elektronischen Kommunikation verbunden ist. Durch die Verwendung von SPAM-Filtern kann nicht gewährleistet werden, dass eine von uns versandte E-Mail den Adressaten erreicht. Inhalte können unvollständig oder verzögert sein.

Bitte kreuzen Sie an:

- Ich bin mit der Terminvereinbarung per E-Mail einverstanden.
- Ich bin grundsätzlich mit der Kommunikation per E-Mail einverstanden.
- Ich bin grundsätzlich nicht mit der Kommunikation per E-Mail einverstanden.

## Speicherung von genetischen Befunden

- Im Rahmen der Dokumentationspflicht erkläre ich mich damit einverstanden, dass insbesondere alle genetischen Befunde (sofern vorhanden) länger als 10 Jahre aufgehoben und archiviert werden dürfen. Sie können dieser Vereinbarung jederzeit **schriftlich** widersprechen. (Kontaktdaten s.o.)
- Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass meine genetischen Befunde länger als 10 Jahre aufgehoben und archiviert werden.

## Datenverarbeitung, Digitalisierung und Mikroverfilmung von Patientenunterlagen

Ich habe hiermit zur Kenntnis genommen und gestatte, dass die zur Behandlung notwendigen Daten vom SPZ LEIPZIG, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig, gespeichert (u.a. zur Abrechnung mit den Krankenkassen) und sofern keine gesetzliche Befugnis vorliegt ohne **mein Einverständnis nicht** weitergegeben werden.

## Einverständnis für Foto- / Videoaufnahmen

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_ mich einverstanden, dass im SPZ Leipzig Videoaufnahmen angefertigt werden.

Diese dürfen verwendet werden

- zur Diagnostik und Therapie
- zur Untermauerung der Öffentlichkeitsarbeit des SPZ
- als anonymes Anschauungsmaterial für interne und externe Vorträge

Ich entbinde diesbezüglich den behandelnden Therapeuten und die Mitarbeiter des SPZ von der Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

## Aufsichtspflicht

Während des Aufenthaltes im SPZ LEIPZIG bin ich selber für die Aufsichtspflicht des Kindes verantwortlich. Dies gilt auch für die Zeiten und alle Untersuchungen innerhalb und außerhalb des SPZ LEIPZIG, in denen ich das Kind selber betreue.

Im Zweifelsfalle halte ich Rücksprache mit dem behandelnden Arzt oder Psychologen bzw. den anderen Mitarbeitern.

**Ich habe von der Vereinbarung zur Speicherung genetischer Befunde, zur Datenverarbeitung, zur Digitalisierung von Patientenunterlagen sowie zur Aufsichtspflicht Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.**

---

Ort/Datum Vorname/Familiennamen in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en des/der Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

Ich verzichte ausdrücklich auf die Aushändigung einer Kopie dieser Einwilligung.