

# Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig

Ärztliche Leitung: Dr. med. Susann Fischer

SPZ Leipzig, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig | Tel.: 0341 98469-0 | E-Mail: spz@fhle.de

## FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IM SPZ LEIPZIG

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen, soweit es Ihnen möglich ist, aus. Wir möchten Sie ermutigen, so viel wie möglich aufzuschreiben, da es für eine Diagnosestellung entscheidend helfen wird. Wir bedanken uns schon an dieser Stelle für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname des Kindes:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich

\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer:

\_\_\_\_\_

Gemeinde, Stadt, Landkreis:

\_\_\_\_\_

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

E-Mail:

\_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit  deutsch  andere \_\_\_\_\_

Familiensprache \_\_\_\_\_

### Sorgeberechtigte

Mutter  Vater  Vormund  Pflege-u. Adoptiveltern

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

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

### Gesundheitsfürsorge

Mutter  Vater  Vormund  Pflege-u. Adoptiveltern

### Abweichende Wohnform

Wohngruppe  Kinderheim

**Bei Kindern, die nicht dauerhaft bei den leiblichen Eltern leben und lebten, bei Pflege- und Adoptivkindern bitte das Formular "Unterbringung von Kindern außerhalb des leiblichen Elternhauses" ausfüllen.**

Dieses Formular finden Sie separat auf unserer Homepage.

## Angaben zu den Eltern

	Vater	Mutter	Pflege-/ Adoptiveltern
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Schulabschluss			
erlernter Beruf			
ausgeübte Tätigkeit			
Anschrift (falls von o.g. Anschrift abweichend)			
Familienstand			

## Angaben zu Geschwistern

Name	Vorname	Geburtsdatum	Pat. im SPZ
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gibt es körperliche oder psychische Erkrankungen in der Familie?

---



---



---

## Angaben zur Kranken- und Rentenversicherung

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

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

Rentenversicherungsträger:  DRV  Bund DRV Mitteldeutschland  andere

Rentenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Überweisender Kinderarzt:

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

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?  ja, Grad d. Behinderung: \_\_

Merkzeichen: \_\_

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad?:  nein  ja, Grad:

## Angaben zum Kind

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

\_\_\_\_\_

Welches sind die Stärken Ihres Kindes?

\_\_\_\_\_

In welchem Bereich bestehen Schwierigkeiten?

Körperkoordination/Bewegung  Wachstum/Körperbau

geistige Entwicklung  Ernährung

Sprache  Verhalten

Hör- und Sehvermögen

Schulleistungen

familiäre Probleme  anderes: \_\_\_\_\_

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

Wer hat Ihnen zur Vorstellung im SPZ geraten?

Neuropädiatrische Sprechstunde

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

## Angaben zur Schwangerschaft und Geburt

Besonderheiten während der Schwangerschaft:

---

Die wievielte Schwangerschaft ist dies? \_\_\_\_\_

Gab es Fehlgeburten  Schwangerschaftsabbruch

Wurde während der Schwangerschaft folgendes eingenommen/konsumiert:  ja  nein

Wenn ja,

Nikotin  Alkohol

Drogen  Medikamente

welche: \_\_\_\_\_

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

Gab es Besonderheiten?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es eine Mehrlingsschwangerschaft?:  ja  nein

Wie verlief die Schwangerschaft?

Normal  Schwangerschaftsvergiftung

vorzeitige Blutungen/Wehen

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Wie verlief die Geburt?:

spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke/ Zange  Sonstiges

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

Geburtsgewicht **U1**: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm Apgar:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen nach der Geburt:  ja  nein

Wenn ja, welche:

---

War die Verlegung in eine Kinderklinik oder Neonatologie notwendig:  ja  nein

Wenn ja, wohin: \_\_\_\_\_

Warum: \_\_\_\_\_

Wie lange stationär? \_\_\_\_\_

Wurde das Kind gestillt?  ja, \_\_\_\_\_ Monate

nein

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

<b>U2</b>	Datum	Gewicht:	kg	Kopfumfang	cm
	Alter:	Größe:	cm		
<b>U3</b>	Datum	Gewicht:	kg	Kopfumfang	cm
	Alter:	Größe:	cm		
<b>U4</b>	Datum	Gewicht:	kg	Kopfumfang	cm
	Alter:	Größe:	cm		
<b>U5</b>	Datum	Gewicht:	kg	Kopfumfang	cm
	Alter:	Größe:	cm		
<b>U6</b>	Datum	Gewicht:	kg	Kopfumfang	cm
	Alter:	Größe:	cm		
<b>U7</b>	Datum	Gewicht:	kg	Kopfumfang	cm
	Alter:	Größe:	cm		
<b>U7a</b>	Datum	Gewicht:	kg	Kopfumfang	cm
	Alter:	Größe:	cm		
<b>U8</b>	Datum	Gewicht:	kg	Kopfumfang	cm
	Alter:	Größe:	cm		
<b>U9</b>	Datum	Gewicht:	kg	Kopfumfang	cm
	Alter:	Größe:	cm		
<b>U10</b>	Datum	Gewicht:	kg	Kopfumfang	cm
	Alter:	Größe:	cm		
<b>J1</b>	Datum	Gewicht:	kg	Kopfumfang	cm
	Alter:	Größe:	cm		
<b>J2</b>	Datum	Gewicht:	kg	Kopfumfang	cm
	Alter:	Größe:	cm		

## Angaben zum bisherigen Entwicklungsverlauf

### Bewegung

Wann konnte Ihr Kind Krabbeln: mit \_\_\_\_\_ Monaten

Stehen: mit \_\_\_\_\_ Monaten

Laufen: mit \_\_\_\_\_ Monaten

### Sprache

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

Bestehen Sprachauffälligkeiten:  ja  nein

Ist Ihr Kind in der Lage, kleine Aufträge zu verstehen und zu erfüllen?  ja  nein

### Selbständigkeit

Kann Ihr Kind allein essen?  ja  nein

sich alleine ausziehen?  ja  nein

sich alleine anziehen?  ja  nein

Knöpfe öffnen?  ja  nein

Schleifen zu binden?  ja  nein

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

### Verhalten/Emotionen

Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgendes?

- |                                                        |                                                      |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <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     Schule

### Angaben zum Kindergarten oder Schulbesuch Ihres Kindes

Welche der folgenden Einrichtungen besuchte Ihr Kind?

- Kinderkrippe seit: \_\_\_\_\_     Kindertagesstätte seit: \_\_\_\_\_  
 integrative/heilpädagogische Kindertagesstätte seit: \_\_\_\_\_  
 Grundschule seit: \_\_\_\_\_    Förderbedarf:  ja     nein  
 Förderschule  
 weiterführende Schule

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

**Name und Adresse der aktuellen Einrichtung:**

\_\_\_\_\_

### Angaben zu Krankheiten Ihres Kindes

**Bisherige Erkrankungen**

Wann?

Kinderkrankheiten	
Chronische Erkrankungen	
Ohrenerkrankungen	
Bronchitis/Lungenerkrankungen	
Epilepsie	
Andere	

**Krankenhausaufenthalt**  ja     nein

Wenn ja, wann, wo und weshalb:

\_\_\_\_\_

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?  ja     nein

Seit wann: \_\_\_\_\_

Welche: \_\_\_\_\_

## Angaben zu den bisher aufgesuchten Ärzten, Therapeuten oder Erziehungsberatungsstellen

	Name	Adresse	Wann	Liegen Befund vor, bitte mitbringen
Kinderarzt				
HNO-Arzt				
Augenarzt				
Psychologe Psychotherapeut				
Schulpsychologe				
Erziehungsberatungsstelle				
EEG				
MRT/CT				
Röntgen				

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

ja, wann:

bei: \_\_\_\_\_

nein

**Erhält oder erhielt Ihr Kind bereits Therapien/ spezielle Förderungen?**

	Adresse	Von - Bis	Liegen Befunde vor, bitte ankreuzen und mitbringen
Physiotherapie			
Ergotherapie			
Sprachtherapie			
Frühförderung/Heilpädagogik			
Psychologische Therapie			
Erziehungsberatung			
Nachhilfe			

Hat Ihr Kind Hilfsmittel?  ja  nein

- Brille
- Hörgeräte
- Orthesen/Einlagen
- Rollstuhl
- Talker / UK
- andere

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. Falls für die Gesundheitsfürsorge eine Vormundschaft besteht, legen Sie bitte eine Kopie der Bestallungsurkunde bei.

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Gesundheits Sorgeberechtigte(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.

---

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

**Schweigepflichtsentbindung**

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

Institution	Name / Adresse
Klinik Ärzte	
Gesundheitsamt	
Jugendamt	
Therapeuten	
Psychologe	
Kita	
Schule	

---

Ort/Datum Vorname/Familiename 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.

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.

### **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.

---

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

Ich verzichte ausdrücklich auf die Aushändigung einer Kopie dieser Einwilligung.