KLINIKEN SÜDOSTBAYERN

**Elternfragebogen Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Traunstein**

Liebe Eltern !

Willkommen in unserem Zentrum für Sozial- und Neuropädiatrie. Wir freuen uns, dass Sie Ihr Kind bei uns vorstellen lassen wollen.

Sie haben die Möglichkeit zwischen verschiedenen Terminformen zu wählen.

- den ärztlichen Ersttermin (Fragen zur Entwicklung, kinderneurologische und -psychologische Fragestellungen)
- den ärztlich-psychologischen Co-Termin (allgemeine Schulleistungsprobleme, LRS, Dyskalkulie, ADHS, Ausstellung von Bescheinigungen zum Nachteilsausgleich).
- den ärztlich-logopädischen Co-Termin (hier geht es um eine Abklärung möglicher organischer Ursachen der Sprachentwicklungsstörung, von Seiten der Logopädie die Abklärung eines Therapiebedarfs oder falls eine Zweitmeinung gewünscht ist (ein Therapieplatz steht nicht automatisch zur Verfügung).

Gern koordinieren wir mit Ihnen gemeinsam die Termine.

Wir möchten Sie bitten vorab den Elternfragebogen auszufüllen. Sie erleichtern uns so, die richtige Termin-Zuordnung sowie die effektive Planung des Ersttermins für Ihr Kind.

Selbstverständlich werden die Angaben sehr vertraulich behandelt und das Ausfüllen des Fragebogens ist prinzipiell freiwillig.

Bitte geben Sie an auf welchem Wege wir Sie für Terminabsprachen **am zuverlässigsten** erreichen können und ob Sie prinzipiell mit einer E-Mail-Kommunikation einverstanden sind (s.u.).

**Angaben zum Kind**

Kind Vor- und Zuname _____

geboren am _____ in (Geburtsort) _____

Anschrift der Familie _____

| | ***Mutter*** | ***Vater*** |
|---|---|---|
| Vor- und Zuname | _____ | _____ |
| geboren am | _____ | _____ |
| Staatsangehörigkeit/Herkunft | _____ | _____ |
| **Festnetz** | _____ | _____ |
| **Mobil** | _____ | _____ |
| **E-Mai** | _____ | _____ |

Ich/wir bin/sind mit einer Kontaktaufnahme per E-Mail einverstanden ☐ ja ☐ nein

**Angaben zum Sorgerecht**

☐ gemeinsame elterliche Sorge

☐ alleinige elterliche Sorge ☐ Mutter ☐ Vater

☐ andere _____

**I. Ihr Anliegen**

a. Schildern Sie uns bitte kurz warum Sie Ihr Kind in unserem Zentrum vorstellen möchten und welche Hilfen Sie sich wünschen

_____

_____

_____

_____

_____

b. War Ihr Kind bereits in der entwicklungsneurologischen oder psychologischen Beratung?
   - o Ja
     - o In einem anderen SPZ
     - o In der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis
     - o Beim (Schul-) Psychologen

   Wenn vorhanden, bitte Vorbefunde/Testergebnisse/Arztbriefe zum Ersttermin mitbringen.

   - o Nein

**II. Schwangerschaft und Geburtsanamnese:**

a. In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt?_____SSW
b. Wie erfolgte die Geburt?
   - Spontan
   - Kaiserschnitt (Sectio)
   - Saugglocke/Zange
c. Wurde Ihr Kind nach der Geburt auf unserer/einer neonatologischen Station behandelt?
   - o Ja

     Warum? Wie lange? _____
   - o Nein
d. Angaben aus dem gelben Heft

   Geburtsgewicht:

   Länge:

   **Kopfumfang:** **APGAR-/-/-** **NS-pH:**

**III. Verhalten im 1. Lebensjahr**

Zeigt Ihr Kind im 1. Lebensjahr

- Probleme bei der Nahrungsaufnahme, z.B. Trinkprobleme/-schwäche
- Vermehrtes Spucken

- Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
- Vermehrte Unruhe/Koliken/Irritabilität
- motorische Entwicklungsverzögerung

**IV. Entwicklungsverlauf**

In welchem Alter hat Ihr Kind die folgenden Entwicklungsschritte erreicht?

- Erstes Lächeln_____
- Krabbeln____
- Freies Gehen_____
- Erste Worte_____
- Erste Sätze_____
- Fahrradfahren, Schwimmen, Skifahren etc._____

Erhält oder erhielt Ihr Kind entwicklungsunterstützende Therapie?

- o Ja

  Welche? _____

  Wo? _____

  Wie lang? _____

- o Nein

<u>Schlafverhalten:</u>

Schlafenszeiten unter der Woche: _____

Bestehen Ein- oder Durchschlafprobleme?

- o Ja
- o Nein

Wird das Ein-/Schlafverhalten durch bestimmte Maßnahmen/ Medikamente unterstützt?

- o Ja
- o Nein

<u>Ernährungsverhalten/Ausscheidung</u>:

Gibt es Besonderheiten in Bezug auf die Nahrung, die Ihr Kind zu sich nimmt (inklusive Allergien, spezifische Abneigung etc.)? _____

Gibt es Verdauungsprobleme? _____

Ist die Sauberkeitserziehung abgeschlossen, gab es Rückfälle?_____

**VIII. Kinderkrippe/- garten und Schule**

Kinderkrippe im Alter von_____ bis_____

Kindergarten im Alter von_____ bis_____

Grundschule ab einem Alter von_____ Jahre

Welche weiterführende Schule wird besucht:

_____

Hat Ihr Kind eine Schulbegleitung?

- o Ja
- o Nein

**IX. Von wem wird Ihr Kind betreut?**

- Eltern (gemeinsam/getrennt bei gemeinsamem Sorgerecht, seit: _____)
- Großeltern
- Kinderkrippe, seit: _____
- Tagesmutter
- Kindergarten, seit: _____
- Hort
- Sonstige Bezugspersonen_____

**X. Familienkonstellation, Geschwister?**

- o Ja
  1. _____
  2. _____
  3. _____
- o Nein

**XI. Freizeitverhalten/Hobbys/ Medienkonsum**

- Welche Hobbys übt Ihr Kind aus?
- Was oder mit wem spielt es gern?
- Wie viel Medienzeit findet täglich statt?

< 30 min  < 60 min  > 60 min

**XII. Krankengeschichte:**

Vorerkrankung: _____

Operation: _____

Unfälle: _____

<u>Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein?</u>

- o Nein
- o Ja

| MEDIKAMENT | SEIT WANN | DOSIS | NEBENWIRKUNGEN |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

Hat Ihr Kind eine Hilfsmittelversorgung (Brille, Orthesen, Hörgerät, Rollstuhl, etc.)?

- o Ja, welche: _____
- o Nein

Liegt eine Pflegestufe vor?

- Ja, welche: _____
- nein

Wurde ein Behindertenausweis beantragt?

- Ja
- Nein

Gibt es chronische Erkrankungen im engeren oder entfernteren Familienkreis?

Wenn ja, welche?

- Entwicklungsverzögerung-/Störung
- Krampfanfälle
- Autismus
- Sehbehinderung/Hörbeeinträchtigung
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Allergien Asthma
- ADHS
- Schulleistungsprobleme (LRS, Dyskalkulie)
- Psychische Erkrankung
- Körperliche Behinderung

- nein

Anmerkungen/Ergänzungen/besondere Anliegen:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung !

Falls Sie bestimmte Themen nicht vor Ihrem Kind besprechen wollen, lassen Sie uns dies vor Beginn des Erstgespräches wissen.

Für Ihre Mithilfe bedanken wir uns und freuen uns auf Ihr Kommen !

Ihr SPZ Team