

Sozialpädiatrisches Zentrum Coburg

Bahnhofstr. 21 - 23

96450 Coburg

Tel. 09561-82680

Fax 09561-826882



Evangelisches Jugend- und
Fürsorgewerk gAG

E-Mail: info-spz-coburg@ejf.de

Fragebogen

Angaben zum Kind

Leibliches Kind

Pflegekind

Adoptivkind

Nachname des Kindes _____ Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht ☐ w ☐ m

PLZ, Wohnort, Straße: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Krankenversicherung: _____ ☐ Beihilfe ☐ Privat

Grad der Behinderung (falls vorhanden): _____ Merkzeichen: _____ Pflegegrad: _____

Überweisender Kinderarzt: _____

Wer hat das Sorgerecht? ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonst.: _____

Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht bitte Kontaktdaten vom
mitsorgeberechtigten Elternteil angeben:

Name, Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ich/Wir sind mit der Vorstellung unseres Kindes im SPZ einverstanden:

Unterschrift aller Sorgeberechtigter:

Mutter/Vater/Sonstige

Mutter/Vater/Sonstige

Sozialpädagogische Familienhilfe: ☐ Nein ☐ Ja;

wenn Ja: Name: _____ Tel.: _____

I Grund der Vorstellung im SPZ

--

II Entwicklung und Verhalten Ihres Kindes

	Stärken	Schwächen
Motorik		
Sprache		
Verhalten		
Kontakt		
Lernen		
Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer		
Sonstiges		

Wer hat Sie auf die Entwicklungsauffälligkeit aufmerksam gemacht?

--

III Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes:

Bestanden Beschwerden oder Komplikationen in der Schwangerschaft? Wenn ja, welche? Blutungen Vorzeitige Wehen Krankheiten Psychische Probleme Medikamente Nikotin Alkohol Drogen	ja	nein
War die Geburt termingerecht, wenn nein, wie viel Wochen vor dem Termin?.....Wochen, oder nach dem Termin?.....Wochen	ja	nein
In welcher Schwangerschaftswoche war die Geburt	Woche	
Gab es Komplikationen bei Geburt? Wenn ja, welche?	ja	nein
Geburtsgewicht: Größe: Kopfumfang: Apgar: pH-Wert:		
Hat ihr Kind sofort geschrien?	ja	nein
Bestanden Probleme direkt nach der Geburt (Sauerstoffgabe, Klinikaufenthalt)? Wenn ja, welche?	ja	nein
Wurde ihr Kind beatmet? Wenn ja, wie lange?	ja	nein
Andere Komplikationen? Wenn ja, welche?	ja	nein
War Ihr Kind nach der Geburt von Ihnen getrennt? Wenn ja, wie lange?	ja	nein
Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?	ja	nein
Wann war der Beginn des Lächelns?		
Wann war der Beginn des Sitzens?		
Wann war der Beginn des freien Laufens?		
Wann war der Beginn der Sprache?		
Hat Ihr Kind besonders bis zum Alter von einem halben Jahr viel geschrien?	ja	nein
Hat ihr Kind getrotzt?	ja	nein
Mit wie viel Jahren war Ihr Kind tagsüber sauber und trocken?	Mit	Jahren
Wann war ihr Kind nachts trocken?	Mit	Jahren
Gab es Probleme beim Füttern/Nahrungsaufnahme? Wenn ja, welche?	ja	nein
Gab es/Gibt es Schlafprobleme (Ein-/Durchschlafprobleme)? Wenn ja, welche?	ja	nein
Hat ihr Kind gefremdelt?	ja	nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche? Weswegen?	ja	nein
Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?		
Hat Ihr Kind schwere körperliche Erkrankungen oder Operationen durchgemacht? Wenn ja, welche?	ja	nein

Bestanden Krankenhausaufenthalte ihres Kindes? Wenn ja, weswegen?	ja	nein								
Von wem (außer von den Eltern) wird das Kind noch betreut?										
Waren Sie mit Ihrem Kind bereits in anderen Einrichtungen/ Praxen/Augenarzt/HNO-Arzt/Kinder- und Jugendpsychiater/ Kinderneurologe/Frühförderstellen/Beratungsstellen/Homöopathen/ Heilpraktikern? Wenn ja,	ja	nein								
<table border="1"> <tr> <th>Wo? (Einrichtung...)</th> <th>Wann? (Zeitraum der Behandlung)</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	Wo? (Einrichtung...)	Wann? (Zeitraum der Behandlung)								
Wo? (Einrichtung...)	Wann? (Zeitraum der Behandlung)									
Finden zur Zeit Behandlungen/Therapien/ Beratungen statt? Welche?	ja	nein								
Bei wem?										
Besucht Ihr Kind die Kinderkrippe den Kindergarten/die Schulvorbereitende Einrichtung(SVE)/den integrativen Kindergarten die Schule (Welche.....) die Tagesstätte/den Hort/die heilpädagogische Tagesstätte? Name der Einrichtung mit Adresse und Tel./Erzieherin/Lehrkraft:	Andere Einrichtungen:									
Gab es oder gibt es Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten oder in der Schule? Wenn ja, welche?	ja	nein								
Wurden bei Ihrem Kind bereits psychologische Untersuchungen (z.B. Entwicklungstest, Intelligenztest) durchgeführt? Wenn ja, wo, wann und mit welchem Ergebnis?	ja	nein								
Gab es schon einmal einen Schulwechsel? Wenn ja, warum?	ja	nein								
Hat Ihr Kind jemals eine Klasse wiederholt? Wenn ja, warum?	ja	nein								

IV Fragen zur Familie

Name der Mutter:	Name des Vaters:
Tätigkeit:	Tätigkeit:
Wie oft ist der Vater zu Hause?	täglich wöchentlich wechselnd/Schichtdienst lange Abwesenheit
Leben die Eltern zusammen?	ja nein
Bei Trennung der leiblichen Eltern: Bei wem lebt das Kind? Mutter Vater Großeltern andere	Besuchsregelung:
Welche Sprache sprechen Sie zu Hause mit Ihrem Kind?	

Familiensituation:

- Psychische Belastungen:
- körperliche Belastungen:
- Trennungen:
- Todesfälle:
- Verluste in der Familie:
- Veränderungen in der Familie:
- Sonstiges:

War oder ist ein näheres Familienmitglied durch chronische Erkrankung oder Behinderung belastet? Wenn ja, wer?	ja	nein
wodurch?		

Hat das vorgestellte Kind Geschwister/Halbgeschwister?		ja	nein
Name	Geb.	Besonderheiten(Erkrankung, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsbeeinträchtigung,Behinderung...)	

Gab es Fehl- oder Totgeburten?	ja nein
Leben alle Kinder mit der Familie zusammen?	ja nein
Sind darunter Pflege- oder Adoptivkinder?	ja nein
Wie häufig sind Sie seit der Geburt des Kindes umgezogen?	mal
Wie beurteilen Sie Ihre Wohnsituation?	gut durchschnittlich mäßig schlecht

Medienzeit	
Nutzt ihr Kind digitale Medien? Wenn ja, welche?	ja nein
Nutzungszeit im Durchschnitt wochentags:	
Nutzungszeit im Durchschnitt am Wochenende:	

Falls Ihnen zum Verständnis der Entwicklung oder des Verhaltens Ihres Kindes noch etwas wichtig erscheint, schildern Sie es bitte!

Sollten Sie bereits Therapien für Ihr Kind erhalten haben, so schicken Sie uns bitte bereits vorhandene Briefe oder Therapieberichte als Anhang zu diesem Fragebogen mit. Gleiches gilt auch für Gutachten, Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte. Dies erleichtert Ihnen und uns die weiteren Untersuchungen. Vielen Dank!

Kurzfristig frei gewordene Termine:

Können Sie kurzfristig freigewordene Termine ermöglichen?

☐ Ja ☐ Nein

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Datum

Name, Vorname, Unterschrift

Stempel und Unterschrift des behandelnden Kinderarztes: