

Zentrum für Kindesentwicklung

Sozialpädiatrisches Zentrum

Dr. Flehmig GmbH

Ärztliche Leitung: Dr. med. Matthias Schmutz

Rümkerstr. 15-17

22307 Hamburg

Telefon: 040 6315218

www.kindesentwicklung.de



Anmeldebogen mit Informationen zur Vorgeschichte des Kindes

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtstag: _____ weiblich männlich

Nationalität: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Gesetzl. Krankenversicherung: _____

Über wen ist das Kind versichert? (Name und Geburtsdatum) _____

Telefon priv. Festnetz: _____ dienstlich* _____

mobil*: _____

*Bitte nur angeben, wenn Sie der Kontaktaufnahme zustimmen!

E-Mail*: _____

Erziehungs-/Sorgeberechtigter: Mutter Vater andere Pflege-/Adoptiveltern

Name, Vorname: _____

Beruf: _____

Geburtstag: _____

Anschrift (falls abweichend von obiger Anschrift): _____

Überweisung durch: _____

(Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)

Datum: _____ Erziehungs-/Sorgeberechtigter: _____

(Unterschrift)

Fragestellung des überweisenden Arztes:

(Stempel des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin/Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)



1. Von wem geht die Vorstellung im Zentrum für Kindesentwicklung aus?

- Kinderarzt Eltern Erzieher/Lehrer Sonstige

2. Welche Probleme hat Ihr Kind? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Wachstum, Fehlbildungen Krampfanfälle Körperbeherrschung/Bewegung
 Ernährung Geistige Entwicklung
 Schlafstörungen Sprachentwicklung Schulleistungen
 Hörvermögen Sehvermögen Sonstiges

Emotionale- oder Verhaltensprobleme:

- Familiäre Belastungen (z.B. Beziehungsstörungen, Trennung, Krankheit, Tod)
 Konzentrationsprobleme Aggressivität/Wut
 Soziale Schwierigkeiten/Kontaktprobleme Ängste

a) Beschreiben Sie bitte die Probleme, Auffälligkeiten oder Störungen näher:

b) Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten? _____ Monate/Jahre

3. Hat Ihr Kind Geschwister, Halbgeschwister, Pflege- oder Adoptivgeschwister?

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

a) Sind die Geschwisterkinder bereits im Zentrum bekannt? ja nein

b) Besteht ein Adoptionsverhältnis oder Pflegeverhältnis? ja nein

Falls für die Gesundheitsvorsorge eine Vormundschaft besteht, bitte eine Kopie der Bestallungsurkunde mitsenden.

4. Sind Entwicklungsstörungen oder andere Erkrankungen in der Familie bekannt?

nein

ja, folgende: _____



5. Fragen zur Schwangerschaft:

- Sterilitätsbehandlung ja nein Nikotin ja nein
Fehlgeburten ja nein Alkohol ja nein
Seelische Belastung ja nein Drogen ja nein
Medikamente ja nein

wenn ja, welche: _____

Komplikationen während der Schwangerschaft? ja nein

wenn ja, welche: _____

6. Fragen zur Geburt

Erfolgte die Geburt

- zum Termin _____ Woche
 zu früh _____ Woche
 zu spät _____ Woche
 spontan Sektio Zange Saugglocke

Gewicht: _____(kg) Länge: _____(cm) KU _____(cm) Apgar _____

Nabelschnur-pH _____

Komplikationen während der Geburt? nein ja

wenn ja, welche: _____

7. Komplikationen nach der Geburt

- Gelbsucht Unruhe Atemstörungen Krämpfe Trinkschwäche
 Infektionen sonstige

8. Bisherige Entwicklung (Alter in Monaten/Jahren)

Lächeln _____ Erste Worte _____
Gezieltes Greifen _____ Erste kurze Sätze _____
Drehen _____ Trocken (tags/nachts) _____
Freies Sitzen _____ Sauber (tags/nachtss) _____
Krabbeln _____ Selbstständiges Essen _____
Freies Gehen _____ Selbstständiges Anziehen _____

Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand oder einen Rückschritt in der

Entwicklung gegeben? nein ja

wenn ja, welche: _____



9. Freizeit und Spielverhalten

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen? ja nein

Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen? ja nein

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit Fernsehen, PC-Spielen oder ähnlichem? ____ (Std./Tag)

10. Therapien

Krankengymnastik nein ja, seit _____ bis _____

Ergotherapie nein ja, seit _____ bis _____

Logopädie nein ja, seit _____ bis _____

Psychomotorik nein ja, seit _____ bis _____

Psychotherapie nein ja, seit _____ bis _____

11. Geht Ihr Kind in den Kindergarten/in die Krippe?

nein ja, seit _____ in einer Regelgruppe Integrationsgruppe.

12. Welche Schule/Sonderschule besucht Ihr Kind?

_____ Klasse: _____

Hat es eine Klasse wiederholt? nein ja, nämlich Klasse _____

13. Hatte Ihr Kind Vorerkrankungen/Krankenhausaufenthalte/Operationen?

nein ja, folgende: _____

14. Nimmt Ihr Kind Medikamente?

nein ja, folgende: _____

15. Welche Untersuchungen wurden bereits bei Ihrem Kind durchgeführt?

Augenarzt HNO-Arzt MRT Orthopädie

EEG psychologische Tests

16. Weitere Anmerkungen:

Danke!



Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe

Name des Kindes: _____ geb. am: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten meines Kindes praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu seiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Die Daten meines Kindes dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen gespeichert werden und an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden **Angehörigen** weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Wenn der Austausch mit externen Stellen (z.B. KiTa, Schule, Jugendamt) gewünscht wird, benötigen wir hierzu eine gesonderte Schweigepflichtentbindung, mit Angabe der Institution, der Ansprechpartner und des Zwecks.

Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse als Arztbrief an den überweisenden Arzt geschickt werden

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten*

* Unterschreibt nur ein Elternteil, so erklärt es damit, dass es entweder alleine sorgeberechtigt ist oder dass das andere Elternteil über die Vorstellung informiert und damit einverstanden ist.