Sozialpädiatrisches Zentrum
Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Amsterdamer Str. 59
50735 Köln
Tel.-Nr. 0221 / 8907 – 5567

Kliniken Köln

A n m e l d e b o g e n @

Personalien des Kindes:

Name:_____ Vorname:_____ Geb:_____

Straße:_____ PLZ:_____ Wohnort:_____

Krankenkasse/Krankenversicherung:_____

Über wen ist das Kind versichert:

Name:_____ Vorname:_____ Geb:_____

Wohnort des Versicherten:

Straße:_____ PLZ:_____ Wohnort:_____

Telefon Nr.:_____ Mobile:_____

Staatsangehörigkeit:_____ E- Mail Adresse:_____

Sorgeberechtigte:	Mutter	Vater	Andere (z.B. Pflegeeltern)
Name:	_____	_____	_____
Vorname:	_____	_____	_____
geb. am:	_____	_____	_____
Berufsausbildung:	_____	_____	_____
ausgeübter Beruf:	_____	_____	_____
Anschrift (falls abweichend):	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Adoptivkind/Pflegekind O ja O nein

Fragestellung: **Bitte unbedingt von der Kinderärztin/dem Kinderarzt ausfüllen lassen:**

Stempel des überweisenden Arztes

Wer empfahl die Vorstellung Ihres Kindes im SPZ?

.....

.....

Welche Probleme hat Ihr Kind?

Welche Probleme haben Sie im Alltag mit Ihrem Kind, was macht Ihnen Sorgen?

(Bitte beantworten Sie gerade diesen Punkt möglichst genau, er ist ganz besonders wichtig für die Planung der Untersuchungen bei Ihrem Kind!)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Untersuchungen sind deswegen bereits durchgeführt worden? Wann / Wo ?

.....

.....

.....

Fragen zur Geburt:

Zur Beantwortung der folgenden Fragen benötigen Sie das gelbe Vorsorgeheft.

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? O nein

Wenn ja, welche? O ja

.....

.....

.....

Wo wurde Ihr Kind geboren?

.....

In welcher Schwangerschaftswoche war die Geburt? .....

War einer der folgenden Eingriffe notwendig?

O Kaiserschnitt

O Zange

O Saugglocke (Vakuumextraktion)

Bestand eine Zwillings-/Mehrlingsschwangerschaft? O ja O nein

Fragen zum Neugeborenen *(1. Seite im Vorsorgeheft)*:

Gewicht .....g Länge.....cm Kopfumfang .....cm

Apgar-Werte ...../..... ph-Wert: .....

Wurde Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt? O nein
O ja

Wenn ja, in welche, warum?
.....
.....
.....

Bisherige Entwicklung:
Bewegung:
Mit welchem Alter konnte Ihr Kind
sich alleine hinsetzen……..
alleine laufen…….
Sprechen/Sprache:
Erste Worte im Alter von …….
Kurze Sätze im Alter von …….
Bestehen Sprachbesonderheiten/ Sprachauffälligkeiten? O nein
O ja
Wenn ja, welche?
.....
.....
.....
.....
Wird ihr Kind mit mehreren Sprachen erzogen? Wenn ja, welche:
……
Hören
Wurde schon einmal ein Hörtest gemacht? O ja O nein
Wenn ja, wann und wo:
.....
.....

Hatte Ihr Kind schon einmal Probleme mit den Ohren oder wurde es Hals-Nasen-Ohren - ärztlich operiert? wenn ja, wann und was:
.....
.....
Sehen:
Kann Ihr Kind gut sehen? O ja O nein O Brille
Wurde schon ein Sehtest durchgeführt? O ja O nein
Wenn ja, wann und wo:
.....
.....

Sauberkeit:

Wann war Ihr Kind trocken? tagsüber ..... nachts.....

sauber? tagsüber ..... nachts.....

Spielverhalten:

Was spielt Ihr Kind gerne? .....

……..

……..

Kann sich Ihr Kind allein beschäftigen? O ja O nein

Wie lange? .....

Gibt es Besonderheiten im Verhalten ihres Kindes: O ja O nein

Wenn ja, welche:

.....

.....

.....

Wie ist der Kontakt mit anderen Kindern / Erwachsenen?

.....

.....

Wie klappt es mit dem Schlafen:

……

……..

Wie klappt es mit dem Essen?

.....

……

Wie klappt es mit dem Stuhlgang?

……

War Ihr Kind schon einmal ernsthaft krank? O ja O nein

Krankheiten: wann

…… …….....

…… ……

…… ……...

Unfälle: wann:

……. ……...

…….. …….....

Operationen: wann:

…….. ……...

…….. ……...

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? O ja O nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

War Ihr Kind schon einmal im Kinderkrankenhaus in der Amsterdamer Straße? O ja O nein
Wenn ja, wann und warum?
.....
.....
.....

Bei welchen Ärzten, z.B. Kinder- und Jugendpsychiater/in, Orthopäde/in, Kliniken wurde/wird Ihr Kind betreut?
……
……
……

Hatte oder hat Ihr Kind **Therapien**?		von - bis	wo: Name/Adresse
O	Physiotherapie (Krankengymnastik)	……	……. …….
O	Logopädie (Sprachtherapie)	……..	……. ……
O	Ergotherapie	……..	……. …….
O	Frühförderzentrum	……..	……. ……
O	Psychotherapie	……..	……. ……
O	Autismus Therapie Zentrum	……..	…… …….

Welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind und welche besucht es jetzt?

A: Spielgruppen von bis
……..
B: Tagesmutter von bis
……..
C: Kindergarten von bis
……..
Einzelfallhilfe im Kindergarten O ja O nein

D: Schule: von bis
.....
.....
Schulbegleiter/in O ja O nein
Förderbedarf in der Schule O ja O nein
Wenn ja, welchen?
.....

Fragen zur Familie:

Geschwister: Führen Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf in der Reihenfolge der Geburten (einschließlich des angemeldeten Kindes).

Vorname	Geburts-Datum	welche Schulart/Klasse (bzw. Berufsausbildung)	besondere Probleme und Krankheiten

Sind gleiche bzw. ähnliche Probleme, Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? O ja O nein

Wenn ja, bei wem:

……..

…….

.....

Hinweis: Grundsätzlich sind <u>alle</u> Sorgeberechtigten auskunftsberechtigt und werden über Diagnostik, Befunde u.ä. informiert. Deshalb ist eine Vorstellung in unserem Haus nur mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten sinnvoll!

Hiermit bestätige ich (wir), dass alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum einverstanden sind.

_____ _____

Datum Erziehungsberechtige/r

_____

Name(n) in Blockschrift