



Klinikum Aschaffenburg-Alzenau gemeinnützige GmbH  
Standort Aschaffenburg • Postfach 10 06 52 • 63704 Aschaffenburg

An  
SPZ  
Klinikum Aschaffenburg-Alzenau  
Standort Aschaffenburg  
Am Hasenkopf 1  
63739 Aschaffenburg

**Sozialpädiatrisches Zentrum**

Telefon: (06021) 32-3701  
Telefax: (06021) 32-3702  
E-Mail: [spz@klinikum-ab-alz.de](mailto:spz@klinikum-ab-alz.de)

**Liebe Eltern,**

zur Anmeldung Ihres Kindes benötigen wir nachfolgende Informationen.

Bitte beantworten Sie möglichst **alle Fragen**. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte Ihnen das Beantworten der Fragen schwerfallen, kann Ihnen ggf. Ihr Kinderarzt helfen.

Der vollständig ausgefüllte Fragebogen muss von **allen Sorgeberechtigten** unterzeichnet und von Ihnen per Post an die o.g. Adresse geschickt werden.

Zur Vorstellung bringen Sie bitte einen Überweisungsschein des Kinderarztes, Ihre Versicherungskarte, das gelbe Untersuchungsheft sowie Vorbefunde oder Berichte mit.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## A. Personalien und wichtige Informationen

---

<b>Name und Vorname Ihres Kindes:</b>	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
<b>Geburtsdatum:</b>	
Name der Mutter:	Geburtsdatum:
Name des Vaters:	Geburtsdatum:
<b>Adresse:</b>	
<b>Telefon:</b>	<b>Handy:</b>
<b>Email:</b>	
Familienstand der Eltern:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> zusammenlebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> wieder verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
Wer hat das Sorgerecht?	<input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> alleinige Sorge (wer?): ..... <input type="checkbox"/> Amtsvormund (wer?): .....
Das Kind ist das:	<input type="checkbox"/> leibliche Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind
Besteht Kontakt zum Jugendamt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ansprechpartner:
Das Kind lebt mit:	<input type="checkbox"/> beiden Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Stiefmutter/-vater <input type="checkbox"/> neuem Partner/in <input type="checkbox"/> Pflegeeltern/-familie <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Stationäre Einrichtung
Abweichende Wohnadresse:	.....
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat
Name des Hauptversicherten:	Geburtsdatum:

**Bitte legen Sie den Fragebogen Ihrem Kinderarzt/in vor!**

**Stempel Ihres Kinderarztes/in:**

**Auszufüllen vom KinderarztIn: Vorstellungsgrund/Fragestellung?**

---

---

---

---

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

---

---

---

---

Welche Hilfen erwarten Sie durch uns?

---

---

---

---

**Besteht Anbindung an eine Kinder- und JugendpsychiaterIn?**

**Nein**

**Ja, welche?** \_\_\_\_\_

Gibt es besondere Fragestellungen weiterer behandelnder Ärzte, Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (z.B. Schule, Kindergarten, Tagesstätte)? Bitte fragen Sie nach und legen ggf. Berichte in Kopie bei!

---

---

---

### Wichtige Vorbefunde

Liegen bereits relevante Voruntersuchungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen oder Diagnosen vor?

**Nein**

**Ja, welche?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein?

Name	Dosierung (z.B. 3x am Tag 100mg)
1.	
2.	
3.	
4.	

Erhält Ihr Kind **Therapien**?

**Nein**

**Ja, welche und seit wann?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche **spezialisierten Betreuungs- oder Fördereinrichtungen** besucht Ihr Kind oder hat es besucht?  
(Bitte Name der Einrichtung)

- Frühförderstelle: \_\_\_\_\_
- Fördereinrichtung mit speziellem Förderschwerpunkt: \_\_\_\_\_
- Kinder- und Jugendpsychiatrie: \_\_\_\_\_
- Tagesstätte: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### Anerkennung der Pflegebedürftigkeit oder eines Schwerbehindertenstatus

Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

**Nein**

**Ja, GdB** \_\_\_\_\_ **Zusatzzeichen:** \_\_\_\_\_

Wurde ein Pflegegrad beantragt oder bewilligt?

**Nein**

**Ja, welcher?** \_\_\_\_\_

## Betreuung

Ihr Kind wird betreut:

<input type="checkbox"/> ausschließlich zu Hause	<input type="checkbox"/> und/oder durch nahe Betreuungspersonen; Welche?:
<input type="checkbox"/> Krippe, Kindergarten oder Kindertagesstätte	Name der Einrichtung:  Wie lange/an wie vielen Tagen pro Woche?
<input type="checkbox"/> Schule*  <b>(*Bitte legen Sie Zeugnisse und eine Schriftprobe Ihres Kindes in Kopie bei!)</b>	Name:
	Schulart:
	Klassenstufe:
	In welchem Fach ist ihr Kind gut?
	In welchem Fach hat Ihr Kind Probleme?
	Sind sie mit den Schulleistungen zufrieden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Warum nicht?:
	Macht Ihr Kind die Hausaufgaben selbständig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, mit wem?:
	Wie lange dauern die Hausaufgaben?
Gibt es oft Streit mit Mitschülern? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, warum?:	

## **B. Persönliche Anamnese und Entwicklungsgeschichte**

---

### **Schwangerschaft und Geburt**

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

**Nein**  **Ja; welche?:** \_\_\_\_\_

Wurde eine Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt?

**Nein**  **Ja; mit welchem Ergebnis?:** \_\_\_\_\_

Mußten Sie Medikamente einnehmen?

**Nein**  **Ja; welche?:** \_\_\_\_\_

Haben Sie geraucht?

**Nein**  **Ja; wieviel?:** \_\_\_\_\_

Haben Sie Alkohol getrunken?

**Nein**  **Ja; wieviel?:** \_\_\_\_\_

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?

**Ja**  **Nein; bis zu welcher Schwangerschaftswoche?** \_\_\_\_\_

Erfolgte die Geburt im Krankenhaus?

**Ja; wo?:** \_\_\_\_\_

**Nein; stattdessen wo?:** \_\_\_\_\_

Wie wurde Ihr Kind geboren?

**normal/spontan**  
 **per Kaiserschnitt/Sonstige?:** \_\_\_\_\_

Gab es bei der Geburt Besonderheiten?

**Nein**  
 **Ja; welche?:** \_\_\_\_\_

Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Wie waren die Maße Ihres Kindes bei Geburt?

Gewicht(g): \_\_\_\_\_ Länge(cm): \_\_\_\_\_ Kopfumfang(cm): \_\_\_\_\_

### **Neugeborenenzeit (erste 4 Wochen nach Geburt):**

Musste Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt werden?

**Nein**  
 **Ja; warum?:** \_\_\_\_\_

Gab es Besonderheiten in den ersten Lebenswochen oder machte Ihnen etwas Sorgen?

**Nein**  
 **Ja, welche?:** \_\_\_\_\_

## Entwicklungsgeschichte

### Motorik

Gab oder gibt es motorische Auffälligkeiten?

- Nein
- Ja, folgende

---

---

---

### Sprache

Gab oder gibt es sprachliche Auffälligkeiten?

- Nein
- Ja, folgende

---

---

---

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

- Nein
- Ja, welche Sprachen? \_\_\_\_\_

### Sehen/Hören

Wurde die **Hörfähigkeit** Ihres Kindes überprüft?

- Nein
- Ja; wann und wo? \_\_\_\_\_

Wurde die **Sehfähigkeit** Ihres Kindes überprüft?

- Nein
- Ja; wann und wo? \_\_\_\_\_

### **Selbständigkeit im Alltag**

Wie gestaltet sich die **Sauberkeitsentwicklung** Ihres Kindes?

- unauffällig**
  - auffällig, weil**
- 
- 

Wie gestalten sich die **Ernährungsgewohnheiten bzw. Ess- und Trinkverhalten** Ihres Kindes?

- unauffällig**
  - auffällig, weil**
- 
- 

Wie gestaltet sich das **Schlafen** Ihres Kindes?

- unauffällig**
  - auffällig, weil**
- 
- 

### **Verhaltensentwicklung und -beobachtung**

Welche Stärken bzw. besonderen Fähigkeiten hat Ihr Kind?

---

---

Zeigt ihr Kind auffällige Verhaltensweisen?

---

---

### **Sozialkontakte und Medienkonsum**

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne?

---

---

Wie lange spielt es diese(s) Spiel(e) am Stück?

---

---

Spielt/ trifft sich Ihr Kind regelmäßig mit Freunden?

- Ja**
  - Nein, warum nicht?**
- 
-

Wie viele Stunden pro Tag schaut Ihr Kind Fernsehen/Streaming/Videos? \_\_\_\_\_

Werden zusätzlich Computer-/Konsolenspiel oder Ähnliches gespielt?

**Nein**

**Ja, wie lange?** \_\_\_\_\_

Haben Sie Sorgen wg. des Umgangs Ihres Kindes mit Medien oder Handy?

**Nein**

**Ja, warum genau?** \_\_\_\_\_

### Familienanamnese

Geschwisterkinder

**Nein**

**Ja**

Name	Geburtsdatum	Auffälligkeiten/Erkrankungen?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie (z.B. Diabetes, Allergien usw.)?

**Nein**

**Ja; folgende**

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

Besteht Blutsverwandtschaft zwischen den Elternteilen (z.B. Cousin und Cousine)?

**Nein**

**Ja** \_\_\_\_\_

### Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

<b>Fragebogen ausgefüllt von:</b>	
<b>Ort und Datum:</b>	
<b>Unterschrift der Sorgeberechtigten (bei gemeinsamem Sorgerecht bitte beide Elternteile):</b>	

Patient  Name: Vorname: Geb.Datum:
--

**Schweigepflichtsentbindung**

Name & Adresse der Eltern: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Das Grundgesetz sieht den Schutz des privaten Persönlichkeitsbereichs vor ungewollten Eingriffen in die geschützte Intimsphäre vor (GG Art. 1, Art.2, STGB §203, STPO §53 und KJHG (SGBV III) §61ff.). Daraus ergibt sich für uns die Verpflichtung zur Verschwiegenheit, sowie zur Wahrung des Berufsgeheimnisses den Patienten gegenüber. Die übermittelten Daten dienen ausschließlich dem Zweck der Diagnostik, Beratung und Behandlung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift entbinde ich das Sozialpädiatrische Zentrum von dieser Schweigepflicht gegenüber:

- Kinderarzt/Facharzt: \_\_\_\_\_
  - KJP: \_\_\_\_\_
  - Kindergarten/SVE: \_\_\_\_\_
  - (Klinik- und/oder Heimat-)Schule, Klassenlehrer, Vertrauenslehrer, Schulpsychologe, Jugendsozialarbeiter an Schulen: \_\_\_\_\_
  - Jugendamt: \_\_\_\_\_
  - Vorbehandler: \_\_\_\_\_
  - Humangenetik: \_\_\_\_\_
  - Frühförderstelle/Therapeuten: \_\_\_\_\_
  - Nachbehandler: \_\_\_\_\_
  - Krankenkasse/ Pflegekasse: \_\_\_\_\_
  - Sonstige: \_\_\_\_\_
- und umgekehrt.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten oder volljährige/r Patient/in