



## Online-Fragebogen

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind zur Untersuchung in unserem SPZ anmelden. Senden Sie uns bitte den Fragebogen vollständig ausgefüllt zurück. Nach Eingang der Unterlagen werden wir uns bei Ihnen melden.

### Vom behandelnden Kinderarzt auszufüllen, wenn gesetzlich versichert

Praxisstempel	Diagnose / Überweisungsgrund	HZ SPZ
---------------	------------------------------	--------

### Angaben zu Ihrem Kind:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Muttersprache(n): \_\_\_\_\_

Geburtsland / Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hauptversicherer: \_\_\_\_\_

Wer hat die Vorstellung / Untersuchung Ihres Kindes empfohlen / veranlasst?

\_\_\_\_\_

### Welche Probleme hat Ihr Kind / was ist der Vorstellungsgrund?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Probleme? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind deshalb schon anderweitig vorgestellt / untersucht / behandelt? (Vorbefunde bitte mitschicken)

ja  nein Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

### Fragen zur Familie:

	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnort		
Beruf/Schulbildung		
Herkunftsland		
Telefon-Nr. (tagsüber)		

Familienstand der Eltern  verheiratet  getrennt  Lebensgemeinschaft.

Verwandtenehe  nein  ja

Kindschaftsverhältnis  leibliches Kind  Adoptivkind  Pflegekind

Geschwister des Kindes:

	Vorname	Geburtsdatum	Schulart/Klasse	Besondere Probleme und Krankheiten	Patient im SPZ Frankfurt Höchst?
1					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sind chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten (z.B. Epilepsie, Schilddrüsenerkrankungen, Zuckerkrankheit, Allergien, Lernstörungen, psychische Erkrankungen, Behinderungen) in der eigenen Familie bekannt?

ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

### Fragen zur Schwangerschaft und Geburt:

Spontan entstandene Schwangerschaft  Künstliche Befruchtung  Hormontherapie

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?  ja  nein

Erkrankungen / Infektionen  Medikamente \_\_\_\_\_  Zigaretten (\_\_\_ Stk. / Tag)

Alkohol / Drogenkonsum  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Die Geburt erfolgte  zu Hause  im Krankenhaus Wo? \_\_\_\_\_

Die Geburt erfolgte in der Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen bei der Geburt?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

**Fragen zur Ernährung:**

- Wurde Ihr Kind gestillt?  ja  nein Wie lange? \_\_\_\_\_
- Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Trinken?  ja  nein
- Anhaltendes Schreien / „Schreikind“?  ja  nein Wie viele Std. am Tag? \_\_\_\_

**Fragen zu Vorerkrankungen:**

- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  ja  nein
- Welche? \_\_\_\_\_

Ist eine Allergie/Medikamentenunverträglichkeit bekannt?  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher?  Ohrenentzündungen  
 Fieberkrampf  
 Sonstige  
 Welche? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon über Nacht im Krankenhaus?  ja  nein

Wo? \_\_\_\_\_

Weshalb? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind schon operiert?  ja  nein

Weshalb? \_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten in Voruntersuchungen (Sehtest, Hörtest, cMRT, EEG, ...)?

ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind alle empfohlenen Impfungen?  ja  nein

**Fragen zur Entwicklung:** In welchem Alter konnte Ihr Kind

Sie anlächeln \_\_\_\_\_ Erste Worte sprechen \_\_\_\_\_

Greifen \_\_\_\_\_ Zwei-Wort-Sätze \_\_\_\_\_

Krabbeln \_\_\_\_\_ Sich alleine an-/ausziehen \_\_\_\_\_

Frei gehen \_\_\_\_\_ Radfahren ohne Stützräder \_\_\_\_\_

Ohne Windel trocken bleiben: tagsüber \_\_\_\_\_ nachts \_\_\_\_\_

(nach abgeschlossener Sauberkeitserziehung)

Schwimmen ohne Schwimmhilfe: \_\_\_\_\_

Womit spielt Ihr Kind am liebsten? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind regelmäßige Freizeitaktivitäten / besucht es Vereine?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Kann es sich alleine beschäftigen?  ja  nein

Wie lange? \_\_\_\_\_ Womit? \_\_\_\_\_

Spielt Ihr Kind mit Gleichaltrigen?  ja  nein

Wieviel Bildschirmzeit hat Ihr Kind (Handy, Fernsehen, Tablet, Konsole)? \_\_\_\_\_ Std. / Tag

### Schlaf:

Hat Ihr Kind Schlafstörungen?  ja  nein

Probleme beim:  Einschlafen  Durchschlafen  hat Alpträume

### Verhalten:

Ist Ihr Kind im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern:

ängstlicher  selbständiger  trauriger  unruhiger/zappeliger  wütender

Welche Stärken hat Ihr Kind / was kann es richtig gut?

---



---

Wer versorgt das Kind überwiegend?  Mutter  Vater  andere \_\_\_\_\_

### **Kindergarten / Schule / Hort**

Besucht(e) Ihr Kind einen Kindergarten?  ja  nein Welchen? \_\_\_\_\_

Welche Schule besucht Ihr Kind?  Grundschule  Hauptschule  Realschule  
 Gymnasium  andere Welche? \_\_\_\_\_

In welcher Klasse ist Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind ein Schuljahr wiederholt oder die Vorklasse besucht?  ja  nein

Sind Sie mit der schulischen Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?  ja  nein

Besucht Ihr Kind einen Hort / eine Betreuung?  ja  nein Welchen? \_\_\_\_\_

Nimmt/ nahm Ihr Kind einen Integrationsplatz in Anspruch?  ja  nein

Wenn ja, wo?  im Kindergarten  in der Schule  im Hort

Hat Ihr Kind eine Teilhabeassistenz?  ja  nein

**Fragen zur bisherigen Therapie:**

Hat / hatte Ihr Kind folgende Therapien?

Art	Name des Therapeuten	Zeitraum
Frühförderung		
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie/Sprachtherapie		
Psychotherapie		
Jugendamt/Familienhilfe		
Sonstige Therapien		

Erfolgte eine Hilfsmittelversorgung?  ja  neinWomit?  Brille  Hörgerät  Gehhilfe  Rollstuhl  EinlagenHat Ihr Kind einen Behindertenausweis?  ja  nein

Grad der Behinderung \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Pflegegeld?  ja Pflegegrad \_\_\_\_  nein**Wichtige Informationen:**

Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

---



---



---



---

**Emailadresse** für Eingangsbestätigung (leserlich in Druckbuchstaben):

---

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte schicken Sie ggf. relevante Vorbefunde mit!****Bitte bringen Sie zum ersten Termin folgende Unterlagen mit**

Vorbefunde, Mutterpass, gelbes Vorsorgeheft, Impfpass, Schulzeugnisse



## Sorgeberechtigung

Inklusives Zentrum SPZ ATZ MZEB

Sozialpädiatrisches Zentrum | SPZ  
Chefärztin Dr. med. Mechthild Pies

Liebe Eltern,

aus juristischen Gründen sind wir gehalten, die Sorgeberechtigung für Ihr Kind festzuhalten und Ihr schriftliches Einverständnis zur Vorstellung im SPZ einzuholen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Straße:

Wohnort:

Sorgerecht:

Eltern

Mutter

Vater

Sonstige / Vormund

Sorgeberechtigter	Mutter	Vater	Sonstige
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefonnummer			
E-Mail			
Arztbrief an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige/wir bestätigen hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass mein/unser Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) des varisano Klinikums Frankfurt Höchst zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.

Mit meiner Unterschrift/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für oben genanntes Kind personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

Im Übrigen, insbesondere hinsichtlich Ihrer Rechte, beachten Sie bitte unsere allgemeinen Informationen für Patienten zum Datenschutz. Diese liegen in den Aufnahmebereichen für Sie aus und sind auf unserer Webseite (<https://www.varisano.de/datenschutz>) einsehbar.

---

Name des/der Personensorgeberechtigten in Blockbuchstaben

---

Datum und Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

**Hinweis:** Ohne das unterschriebene Formular ist eine Untersuchung Ihres Kindes aus rechtlichen Gründen im SPZ nicht möglich.

**Inklusives Zentrum | Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Dr. med. Mechthild Pies**

Klinikum Frankfurt Höchst GmbH Gotenstraße 6-8 65929 Frankfurt am Main T 069 3106-0 F 069 3106-3030

info-frankfurt@varisano.de www.varisano.de/klinikum-frankfurt-hoechst

Geschäftsführung: Dr. med. Patrick Frey, Michael Osypka USt-IdNr.: DE 815124730 Amtsgericht: Frankfurt am Main HRB 77741

Sitz: Frankfurt am Main Frankfurter Sparkasse IBAN: DE19 5005 0201 0000 6010 05 BIC: HELADEF1822

Ein Unternehmen des Klinikverbundes Frankfurt-Main-Taunus