

Zentrum für Kindesentwicklung

Sozialpädiatrisches Zentrum
Dr. Flehmig GmbH
Ärztl. Ltg.: Dr. med. Matthias Schmutz

Rümkerstr. 15-17
22307 Hamburg
Telefon: 040 6315218
<https://kindesentwicklung.com>



Anmeldebogen mit Informationen zur Vorgeschichte des Kindes

Name, Vorname des Kindes: _____

Geb. am: _____ weiblich männlich

Nationalität: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Gesetzl. Krankenversicherung: _____

Über wen ist das Kind versichert? _____

Telefon priv.: _____ dienstl. Handy: _____

Erziehungs-/Sorgeberechtigte: Mutter Vater Andere Pflege-/Adoptiveltern¹

Name, Vorname: _____

Beruf des/der Sorgeberechtigten: _____

Geb. am: _____

Anschrift (falls abweichend von og. Anschrift): _____

Überweisung durch: _____

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

Datum: _____ Erziehungs-/Sorgeberechtigter: _____

Fragestellung des überweisenden Arztes:

¹ Nachweis und relevante Vorbefunde bitte vorab zusenden.

(Stempel des Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin o. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)

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

- Kinder- oder Hausarzt 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 Gesundheitsfürsorge eine Vormundschaft besteht, bitte eine Kopie der Bestallungsurkunde mitsenden.

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

ja, folgende: _____

nein

5. **Fragen zur Schwangerschaft:**

Sterilitätsbehandlung nein ja Nikotin nein ja

Fehlgeburten nein ja Alkohol nein ja

Seelische Belastung nein ja Drogen nein ja

Medikamente nein ja

Wenn ja, welche _____

Komplikationen in der Schwangerschaft? nein ja

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 _____ 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/nachts) _____

Krabbeln _____ Selbstständiges Essen _____

Freies Gehen _____ Selbstständiges Anziehen _____

Ergänzende Angaben: _____

Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand oder einen Rückschritt der Entwicklung gegeben?

nein ja

Wenn ja, in welchen Bereichen?

9. Freizeit und Spielverhalten

Kann sich ihr Kind allein beschäftigen? ja nein

Hat ihr Kind Freunde/Freundinnen? ja nein

Wie viel Zeit verbringt ihr Kind mit Fernsehen, PC-Spielen und ähnlichem? _____ (Stunden/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, 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. Alle Unterlagen senden Sie uns bitte in Kopie mit dieser Anmeldung vor Ihrem Termin zu.
Danke!**

Die entsprechenden Unterlagen schicken Sie bitte (in Kopie) mit der Anmeldung Ihres Kindes vorab an uns.

Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum d. Kindes: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten meines Kindes praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt 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 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: _____

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)