

Liebe Eltern,

nachfolgend haben wir viele Fragen zusammengestellt, um Ihr Kind kennen zu lernen. Bitte füllen Sie den Bogen soweit wie möglich aus. Sie dürfen gerne auch ausführlicher antworten. Unklarheiten können wir besprechen. Vielleicht hilft Ihnen Ihr Kinderarzt, eine vertraute Person oder ein Dolmetscher. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes: _____ **geb. am:** _____

I Warum möchten Sie Ihr Kind vorstellen?

Gibt es in der **Bewegung** (Grobmotorik) Auffälligkeiten?

- Nein Ja, beim Laufen Springen Schaukeln Klettern
 Balancieren Ballspiel Sonstige: _____

Gibt es in der **Handgeschicklichkeit** (Feinmotorik) Auffälligkeiten?

- Nein Ja, beim Malen Schneiden Anziehen Schleife binden
 Besteck halten Ball fangen / werfen
 Sonstige: _____

Gibt es in der **Sprache** Auffälligkeiten?

- Nein Ja, bei Aussprache Grammatik
 Wortschatz Sprachverständnis

Gibt es Auffälligkeiten beim **Spielen / Lernen**?

- Nein Ja, nämlich
 Wutausbrüche Ängstlichkeit Verweigerung
 Konzentrationsprobleme fehlende Ausdauer Unruhe
 Schulleistungsprobleme Schulunlust Aufgabenverständnis
 Sonstige: _____

Gibt es Probleme im **Verhalten / in der Stimmung**?

- Nein Ja, nämlich
 Wutausbrüche Ängstlichkeit Unruhe
 Konzentration Kontakt mit Gleichaltrigen Tics Nägelkauen
 Sonstige: _____

Gibt es Probleme bei der **Erziehung**?

- Nein Ja, nämlich _____

Gibt es **körperliche Beschwerden**?

- Nein Ja, nämlich
 Sehen Hören Einkoten Einnässen
 Anfälle Kopfschmerzen Bauchschmerzen
 Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
 Ernährungsprobleme/Esstörungen
 Sonstige: _____

Hat ihr Kind bereits von (Fach-)Ärzten **Diagnosen** erhalten?

Nein

Ja, nämlich (bitte ausgeschriebene Diagnose; falls Ihnen bekannt zusätzlich die ICD-10 Ziffer)

Bekommt / bekam Ihr Kind regelmäßig **Medikamente**?

Nein

Ja, nämlich

_____ in der Dosis _____

_____ in der Dosis _____

_____ in der Dosis _____

Hat Ihr Kind irgendwelche **Hilfsmittel**?

Nein

Ja, nämlich

Brille

Hörgerät / CI

spezieller Kinderwagen

Mundplatte

Zahnklammer

spezielles Dreirad oder Fahrrad

Reha-Bett

Laufhilfe

Stehständer oder ähnliches

Rollstuhl

Sonstige: _____

Benutzt Ihr Kind **orthopädische Hilfen** wie Orthesen, Schienen, Korsetts, Einlagen o. ä.?

Nein

Ja, nämlich _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, was bislang nicht erwähnt wurde?

Seit wann treten die Probleme auf? _____

Wo treten die Probleme am deutlichsten auf?

zu Hause

in der Kita

in der Schule

in der Freizeit

Welche Hilfen und Untersuchungen erwarten Sie von uns?

II Personalangaben zum Kind und zu den Eltern

Kind lebt bei

den Eltern

der Mutter

dem Vater

den Großeltern

in einer Einrichtung

Pflege-/Adoptiveltern

Sonstige: _____

Pflege- bzw. Adoptionsverhältnis bzw. in der Einrichtung seit: _____

Name, Adresse und Tel.-Nr. der Pflege-/Adoptiveltern / (Pflege-)Einrichtung:

Gibt es einen gesetzlichen (Amts-)Vormund? nein

ja: _____

	Kind	Mutter (leibl.)	Vater (leibl.)
Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsland (KFZ)			
Straße Nr.			
PLZ Wohnort			
Telefon priv. Festnetz	-----		
Telefon mobil	-----		
Telefon dienstlich	-----		
E-Mail	-----		
Staatsangehörigkeit			
Muttersprache			
Familienstand (seit)	ledig		
Sorgeberechtigung	-----	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Schulabschluss	-----		
Berufsabschluss	-----		
Jetzige Tätigkeit Vollzeit/Teilzeit/Stunden	-----		

Krankenkasse des Kindes: _____

versichert bei: (Pflege-) Mutter (Pflege-) Vater
 gesetzliche Krankenkasse private Krankenkasse: Normaltarif
 Basis- oder Standardtarif

Wie groß ist Ihre Wohnung? _____ m² Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? ja nein

Weitere inner- und außerhalb der Familie lebende Kinder bitte in Reihenfolge des Alters angeben:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schulart, Klasse	Probleme, Krankheiten	lebt bei	Pflege- oder Adoptivkind?

Weitere Angaben zum Kind:

Hat Ihr Kind einen **Integrationsstatus**?

- Nein
 Ja,

ist beantragt

§ 35 a SGB VIII

§ 53 (1) SGB XII

§ 54 SGB XII

Typ A

§ 53 (2) SGB XII

§ 99 SGB IX

Typ B

Ausgestellt durch:

KJGD

KJPD

Mitarbeiter (falls bekannt): _____

Hat Ihr Kind einen **Behindertenausweis**?

Nein

Ja, Grad der Behinderung: _____ %; Merkzeichen: ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Hat Ihr Kind einen **Pflegegrad**?

Nein

Ja,

Grad: 1

2

3

4

5

seit: _____

Hat Ihr Kind einen **sonderpädagogischen Schwerpunkt in der Schule**?

Nein

ist beantragt

Ja, nämlich

Sprache

Hören

Sehen

motorische Entwicklung

Lernen

geistige Entwicklung

Autismus

soziale und emotionale Entwicklung

III Welche Betreuung / Einrichtungen besuchte Ihr Kind seit der Geburt?

Art der Betreuung / Einrichtung	Name, Ansprechpartner, Anschrift, Telefonnummer	Zeitraum von / bis
Kita / Tagespflege		
Schule		
Hort		
ggf. Familienhelfer / Einzelfallhelfer		

IV Fragen zu Untersuchungen und Behandlungen des Kindes

Wer behandelte Ihr Kind seit der Geburt?

	Name, Ansprechpartner, Anschrift, Telefonnummer	Zeitraum von / bis	wegen welcher Erkrankung / Probleme
Kinderarzt			
Klinik / Kurklinik			
Physiotherapie			

	Name, Ansprechpartner, Anschrift, Telefonnummer	Zeitraum von / bis	wegen welcher Erkrankung / Probleme
Ergotherapie			
Logopädie			
Psychotherapie / Spieltherapie / Musiktherapie			
Erziehungs- und Familienberatungsstelle			
Förderunterricht in der Schule			
Sonstige (z. B. anderes SPZ, Fachambulanz etc.)			

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

Untersuchung / Test	Zuletzt am	Arzt / Praxis (Name, Anschrift, Telefonnummer)
Hörprüfung		
Sehprüfung		
Psychologischer Test		
Röntgen / CT		
EEG		
MRT		
Ultraschall		
Endokrinologie / Humangenetik		
andere		

Gibt es bei Ihnen als Eltern oder sonst in der näheren Verwandtschaft **besondere oder chronische Krankheiten**?

Nein Ja, nämlich _____

Sind **gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen**, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon bei anderen Familienmitgliedern vorgekommen?

Nein Wenn ja, welche? Bei wem? _____

Von wem wurde Ihnen eine **Vorstellung im SPZ** empfohlen? _____

Bitte schicken Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt **vorab** zusammen mit allen relevanten Befunden, Arztberichten oder sonstige Unterlagen und Zeugnissen Ihres Kindes zu. **Der Eingang des ausgefüllten Fragebogens ist bei uns die Voraussetzung für die Terminvergabe!**

Sie können für Termine bei uns gerne einen **Dolmetscher** mitbringen oder eine ihnen vertraute Person, die für Sie übersetzen kann. Sollten Sie einen Dolmetscher benötigen, aber keinen haben, bitten wir um Rücksprache mit uns.

Fragebogen ausgefüllt am (Datum): _____

Liebe Eltern, wir danken Ihnen abschließend sehr für Ihre Mühe.

Ihr Team der KJA/SPZ Charlottenburg/Wilmersdorf

Für die Vergabe des Ersttermins benötigen wir einen *Überweisungsschein Ihrer Kinderarztpraxis*

ODER

das *Einverständnis Ihrer Kinderarztpraxis* auf diesem Bogen:

Unterschrift und Stempel der Kinderarztpraxis