

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 oder 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  Unruhe  Ängstlichkeit  Verweigerung  
 Konzentrationsprobleme  fehlende Ausdauer  Aufgabenverständnis  
 Schulleistungsprobleme  Schulunlust  
 Sonstige \_\_\_\_\_

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

- Nein  Ja, nämlich  
 Wutausbrüche  Unruhe  Ängstlichkeit  
 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

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 usw.?

- 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?**

---

**Brauchen Sie einen Dolmetscher?**     Nein       Ja

## II Personalangaben zum Kind und zu den Eltern

	Kind	Mutter (leibl.)	Vater (leibl.)
Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsland (KFZ)			

	Kind	Mutter (leibl.)	Vater (leibl.)
Straße Nr.			
PLZ Wohnort			
Telefon priv. Festnetz	-----		
Telefon mobil	-----		
Telefon dienstlich	-----		
E-Mail	-----		
Staatsangehörigkeit			
Muttersprache			
Familienstand	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:  Mutter  Vater  
 Privat:  Basis- oder Standardtarif  Normaltarif

Ist Ihr Kind ein Pflege- oder Adoptivkind?  Nein  Ja

Pflege- bzw. Adoptionsverhältnis seit: \_\_\_\_\_

Name, Adresse und Tel.Nr. der Pflege-/Adoptiveltern/ Pflegeeinrichtung / gesetzl. Vormund:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lebt Ihr Kind**

bei den Eltern  bei der Mutter  beim Vater  im Heim  wo sonst? \_\_\_\_\_

Wie groß ist Ihre Wohnung? Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? \_\_\_\_\_

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

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

**Weitere Angaben zum Kind:**

Hat Ihr Kind einen Integrationsstatus?  Nein  Ja,  Typ A  Typ B

Welchem Paragraphen ist Ihr Kind zugeordnet?  Nein  Ja,  § 35 a SGB VIII  
 § 53 Abs 1 SGB XII  § 53 Abs 2 SGB XII

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?  
 Nein  Ja, Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ %; Buchstabe: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine Pflegestufe?  
 Nein  Ja, Stufe:  I  II  III

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

Nein  Ja, nämlich  Lernen  Sprache  
 motorische Entwicklung  geistige Entwicklung  
 soziale und emotionale Entwicklung

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

Name der Einrichtung z.B. Großeltern, Tagesmutter, Kindertagesstätten, Schulen, Hort, Familienhelfer	Aktueller Ansprechpartner Telefonnummer geg. Adresse	Zeitraum von	bis

#### IV Fragen zu Untersuchungen und Behandlungen des Kindes

Wer behandelte Ihr Kind seit der Geburt?

Name z.B. Haus-/Kinderarzt, Klinik, Kureinrichtung	Adresse Telefonnummer	Zeitraum von	bis	wegen welcher Erkrankung, Probleme

Therapie /Förderung	Name, Adresse Telefonnummer	Zeitraum von	bis	wegen welcher Erkrankung, Probleme
Physiotherapie				
Ergotherapie				
Logotherapie				

Psychotherapie/Spieltherapie/ Musiktherapie			
Förderunterricht in der Schule			
Erziehungs- und Familienberatungsstelle			
Sonstige			

**Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?**

Untersuchung/ Test	Datum	Arzt	Adresse
Hörprüfung			
Sehprüfung			
Psychologischer Test			
Röntgen			
Computertomogramm			
EEG			
MRT			
Ultraschall Schädel			
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? \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie alle Befunde, Arztberichte, Röntgenaufnahmen oder sonstige Unterlagen und Zeugnisse Ihres Kindes zur Erstuntersuchung mit. Sie können uns diese auch zuschicken oder faxen (Fax-Nr.: 030 / 86 49 10 40). Fragen Sie bitte auch Ihren Kinderarzt.

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

Mit freundlichen Grüßen



Anmeldefragebogen CW

*Kinder- und Jugendambulanz  
Sozialpädiatrisches Zentrum  
Charlottenburg-Wilmersdorf  
Berliner Str. 40-41  
10715 Berlin  
Telefon: 030-860 08 21 27  
Fax: 030-860 08 21 40*

Ihr Team der KJA/SPZ Charlottenburg/Wilmersdorf