



### Gab/ Gibt es Probleme beim:

- Schlafen (Einschlafen, Durchschlafen, im eigenen Bett/ bei den Eltern)?
  - nein
  - ja, in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_
  - ja, aktuell: \_\_\_\_\_
  
- Stillen/ Essen/ Kauen/ Schlucken?
  - nein
  - ja, in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_
  - ja, aktuell: \_\_\_\_\_
  
- Einnässen/ Einkoten?
  - nein
  - ja, in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_
  - ja, aktuell: \_\_\_\_\_
  
- -  
- Unruhe/ Schreien?
  - nein
  - ja, in der Vergangenheit? \_\_\_\_\_
  - ja, aktuell: \_\_\_\_\_
  
- Kontakt zu Gleichaltrigen/ Interaktion?
  - nein
  - ja, in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_
  - ja, aktuell: \_\_\_\_\_
  
- Sozialverhalten?
  - nein
  - ja, in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_
  - ja, aktuell: \_\_\_\_\_
  
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind **Rückschritte** in der Entwicklung gemacht (Dinge verlernt)? – Wenn ja, welche?  Ja  nein

Welche Stärken sehen Sie bei Ihrem Kind:



## Angaben zur Entwicklung

Freies Sitzen \_\_\_\_\_ Monate  
 Krabbeln \_\_\_\_\_ Monate  
 Freies Laufen \_\_\_\_\_ Monate  
 Laufradfahren \_\_\_\_\_ Jahre  
 Fahrradfahren ohne Stützräder \_\_\_\_\_ Jahre

Wann hat ihr Kind Sie angelächelt? \_\_\_\_\_ Monate  
 Erstes Lallen und Brabbeln \_\_\_\_\_ Monate  
 Erste sinnvolle Worte \_\_\_\_\_ Monate  
 Zwei-Wort-Sätze \_\_\_\_\_ Jahre

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

Mehrsprachigkeit? Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Sauberkeit tagsüber im Altern von \_\_\_\_\_ Jahren  noch nicht  
 Sauberkeit nachts im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren  noch nicht  
 Anziehen/ Ausziehen selbständig mit \_\_\_\_\_ Jahren  nein, mit Hilfe

Selbstständige Körperhygiene  ja  nein  mit Hilfe  
 Selbständiges Essen  ja  nein  mit Hilfe  
 Getränke eingießen  ja  nein  mit Hilfe

Hatte Ihr Kind bereits schwerwiegende Vorerkrankungen/ Operationen? – Wenn ja, welche?

Aktuelle Medikamente	Dosierung	Seit wann?

Behindertenausweis:  vorhanden \_\_\_\_\_ % GdB, Merkzeichen: \_\_\_\_\_  
Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel (Art und versorgende Firma):

Wach-/Schlaf-EEG  ja  nein wann: \_\_\_\_\_  unauffällig  auffällig  
Schädel-MRT  ja  nein wann: \_\_\_\_\_  unauffällig  auffällig  
Hörtest/ HNO/ Pädaudiologie  ja  nein wann: \_\_\_\_\_  unauffällig  auffällig  
Sehtest/ Augenarzt  ja  nein wann: \_\_\_\_\_  unauffällig  auffällig  
Neuropsych. („IQ“) – Test  ja  nein wann: \_\_\_\_\_  unauffällig  auffällig

Therapien/ Förderung	Praxis & Telefonnummer	von...bis...
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		
Frühförderung		
Heilpädagogik		
Motopädie		
Autismustherapie		
Psychotherapie		
Sonstige		

Wurde Ihr Kind bereits in einem anderen SPZ untersucht und behandelt? – Wenn ja wo?

Familienunterstützende Maßnahmen:  SPFH (Sozialpädagogische Familienhilfe)  
 FuD (Familienunterstützender Dienst)  
 Beratungsstelle: \_\_\_\_\_

Anderweitige Behandlungen (z.B. Orthopäde, Osteopath, Krankenhäuser, Kinderpsychiatrie):

Kindergarten/ Kindertageseinrichtung - Name: \_\_\_\_\_

Regel Einrichtung  Heilpäd.  Integrativ   
 Alter bei Eintritt: \_\_\_\_\_ von/ bis: \_\_\_\_\_ Uhr Besuchsjahre: \_\_\_\_\_  
 Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Grundschule – Name: \_\_\_\_\_

Regelgrundschule  Förderschule  Schwerpunkt: \_\_\_\_\_  
 Alter bei Eintritt: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Klassenwiederholung   
 Klassenlehrer(in): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  OGS/ Betreuung

Weiterführende Schule Name: \_\_\_\_\_

Schulform: \_\_\_\_\_ Förderschule/Schwerpunkt: \_\_\_\_\_  
 Alter bei Eintritt: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_  Klassenwiederholung  
 Klassenlehrer(in): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  OGS/ Betreuung

Hobbys (Sport, Instrumente, etc.):

Verein(e):

Verabredungen mit anderen Kindern:  ja  nein

PC/ Spielkonsole/ Smartphone/ Tablet/ Lerncomputer Std. pro Tag  
 Internet Std. pro Tag  
 Fernsehen Std. pro Tag

**Angaben zur Familie**

	Mutter <input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Pflegemutter <input type="checkbox"/> Adoptivmutter	Vater <input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Pflegevater <input type="checkbox"/> Adoptivvater
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum/-ort		
Staatsangehörigkeit		
Adresse (falls abweichend von der des Kindes)		
Schulabschluss/ Berufsausbildung		
derzeitige Tätigkeit		

Konsanguin (Sind die Eltern verwandt)?  nein  ja, Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Geschwister (leiblich, adoptiv, stief, halb)

Name	Geburtsdatum	Kind lebt bei:	Schule/ Beruf:

Erkrankungen/ Probleme bei den Geschwistern:

Erkrankungen/ Probleme

- bei der Mutter
  
- in der mütterlichen Familie
  
- bei dem Vater:
  
- in der väterlichen Familie

Gab es/ Gibt es Belastungen in der Familie, die Einfluss auf Ihr Kind haben?

Gibt es andere im Haushalt lebende Personen? – Wenn ja, welche?

Wird Ihr Kind durch weitere Personen z.B. in der Freizeit betreut? – Wenn ja, durch wen?

***Bitte denken Sie an medizinische Befunde, Therapieberichte, etc.***

Vielen Danke für Ihre Mitarbeit, Ihr SPZ-Team

## Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Klinikum der Ruhr-Universität Bochum

Direktor  
Prof. Dr. med. Thomas Lücke

### Sozialpädiatrisches Zentrum

Leitung: Prof. Dr. med. Thomas Lücke

Alexandrinenstraße 5, 44791 Bochum  
Tel.: (0234) 509-2830  
Fax: (0234) 509-3750  
✉: spz@klinikum-bochum.de

#### Terminvergabe:

Mo: 11.30 – 12.30 Uhr  
Di – Fr: 11.00 – 12.30 Uhr

[www.kinderklinik-bochum.de](http://www.kinderklinik-bochum.de)

## Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit erlaube(n) ich/ wir  Mutter (Name)

Vater (Name)

Andere (Name)

dass das ärztliche, psychologische, therapeutische und pädagogische Personal des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) der Universitätskinderklinik Bochum bezüglich meines/ unseres Kindes:

Pat.-Aufkleber

mit anderem ärztlichen, therapeutisch und pädagogisch tätigen Personen, Krankenhäusern oder anderen Stellen (wie z.B. Kindergarten, Schule, Wohnheim, Frühförderstelle) Kontakt aufnehmen, Befunde austauschen und besprechen darf und entbinde(n) diese von der Schweigepflicht.

Ich bin/ Wir sind darüber informiert worden, dass wir diese Einwilligung jederzeit widerrufen können.

Bochum, \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Eltern bzw. gesetzl. Vertreter)



**Sozialpädiatrisches Zentrum**

Leitung: Prof. Dr. med. Thomas Lücke

Alexandrinestraße 5, 44791 Bochum  
Tel.: (0234) 509-2830  
Fax: (0234) 509-3750  
✉: spz@klinikum-bochum.de

**Terminvergabe:**

Mo: 11.30 – 12.30 Uhr  
Di – Fr: 11.00 – 12.30 Uhr

[www.kinderklinik-bochum.de](http://www.kinderklinik-bochum.de)

## Einwilligung: Foto- und Videoaufnahmen für die Patientenakte

Sehr geehrte Eltern,

um Ihrem Kind eine bestmögliche medizinische Betreuung anzubieten, möchten wir Sie bitten uns zu genehmigen zu Zwecken der Qualitätssicherung und der Dokumentation des Behandlungsverlaufes Foto- und Videoaufnahmen Ihres Kindes anzufertigen.

Hiermit erlaube(n) ich/ wir  Mutter (Name)

Vater (Name)

Andere (Name)

dass die ärztliches, psychologisches, therapeutisches und pädagogisches Personal des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) meines/ unseres Kindes:

Pat.-Aufkleber
----------------

- Fotoaufnahmen für die Patientenakte
- Videoaufnahmen zur Dokumentation des Behandlungsverlaufes für die Patientenakte

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

anfertigen dürfen.

Ich bin/ Wir sind darüber informiert worden, dass wir diese Einwilligung jederzeit widerrufen können, ohne dass uns Nachteile in der Behandlung unseres Kindes entstehen.

Bei Bedarf können Sie gerne eine Kopie dieses Dokuments erhalten.

Bochum, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Eltern bzw. gesetzl. Vertreter)

(Datum)

