

Anamnesebogen SPZ Bochum

Name: _____

Vorname : _____

Geschlecht: männlich weiblich

Staatsangehörigkeit : _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort : _____

Empfehlung zur Anmeldung im SPZ durch: Kinderarzt
 Kindergarten/ Schule
 Therapeuten
 Sonstige

Was sind Ihre Gründe zur Vorstellung im SPZ?

Welche Erwartungen und Wünsche verbinden Sie mit der Anmeldung im SPZ?

In welchen Bereichen hat Ihr Kind Auffälligkeiten:

- Zu Hause

- Kindergarten / Schule/ Betreuung

- Freizeit

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:

Wievielte Schwangerschaft? _____

Schwangerschaftsverlauf/ Besonderheiten?

körperlich psychisch sozial

Noxen: Nikotin Alkohol Drogen Medikamente

Geburt: spontan Sectio (Kaiserschnitt)
 Vakuum (Saugglocke) Forceps (Zange)

Schwangerschaftswoche: _____ Gewicht: _____ Länge: _____

Kopfumfang: _____ APGAR: _____ pH: _____

Gab es Besonderheiten nach der Geburt? _____

TEOAE: _____ AABR: _____

Vorsorge	Befunde/ Besonderheiten
U1	
U2	
U3	
U4	
U5	
U6	
U7	
U7a	
U8	
U9	
U10	
U11	
J1	
J2	

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 Alter 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 – Kinder beider Eltern

Name	Geburtsdatum	Kind lebt bei:	Schule/ Beruf

Geschwister - Kinder aus anderen Beziehungen

Name	Geburtsdatum	Kind lebt bei:	Adoptiv/ Stief/ Pflege	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?

Bitte denken Sie an medizinische Befunde, Therapieberichte, etc.

Vielen Danke für Ihre Mitarbeit, Ihr SPZ-Team

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

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit erlaube(n) ich/ wir

Mutter (Vor- und Zuname) _____

Vater (Vor- und Zuname) _____

Anderer Sorgeberechtigter (Vor- und Zuname) _____

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

Name und Geburtsdatum des Kindes

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 beider Eltern bzw. gesetzl. Vertreter)

Sozialpädiatrisches Zentrum

Leitung: Prof. Dr. med. Thomas Lücke

Alexandrinstraße 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

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 (Vor- und Zuname) _____

Vater (Vor- und Zuname) _____

Anderer Sorgeberechtigter (Vor- und Zuname) _____

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

(Pat.-Aufkleber)

Name und Geburtsdatum des Kindes

- 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, _____
(Datum)

(Unterschrift beider 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

Einwilligung:

Telemedizinische Behandlung

Sehr geehrte Eltern,

um Ihrem Kind auch ohne unmittelbaren Kontakt zu Mitarbeitern des Sozialpädiatrischen Zentrums eine bestmögliche medizinische Betreuung zu ermöglichen, können wir Ihnen eine telemedizinische Behandlung im Rahmen einer Telefon- oder Video-Sprechstunde anbieten.

Hierbei kann die bisherige Krankengeschichte erhoben, Vorbefunde besprochen und ein Therapieplan erstellt sowie Beratungen durchgeführt werden. Im Anschluss werden Sie und der niedergelassene Kinderarzt einen Arztbrief erhalten, in dem die besprochenen Inhalte mitgeteilt werden. Es wird dafür der zertifizierte Videodienst-Anbieter sprechstunde.online genutzt, der eine sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung sicherstellt, so dass Gesprächsinhalte weder vom Videodienstanbieter noch von Dritten eingesehen oder gespeichert werden können.

Um dies machen zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis und ihre Handynummer. Das bedeutet, dass Sie uns dieses Formular unterschrieben per Fax oder Email (siehe oben) zusenden müssen. Danach erhalten Sie von uns einen Sprechstundentermin und einen Zugangscode, den Sie von jedem internetfähigem Gerät (Smartphone, Tablet, PC, Laptop) aufrufen können, Sie müssen selbst kein Programm installieren.

Hiermit erlaube(n) ich/ wir

Mutter (Vor- und Zuname) _____

Vater (Vor- und Zuname) _____

Anderer Sorgeberechtigter (Vor- und Zuname) _____

Handy-Nummer _____ Email-Adresse _____

dass das ärztliche, psychologische, therapeutische und/oder pädagogische Personal des Sozialpädiatrischen Zentrums Bochum (SPZ) per Telefon oder Internet unter der angegebenen Telefon-Nummer mit mir Kontakt aufnehmen und eine telemedizinische Behandlung bei meinem/ unseren Kind

(Vor- und Zuname, Geburtsdatum) _____
durchführen darf.

Ich / Wir können diese Einwilligung jederzeit widerrufen, ohne dass Nachteile in der Behandlung meines / unseres Kindes entstehen.

Bei Bedarf können Sie gerne eine Kopie dieses Dokuments erhalten.

Bochum, _____
(Datum) (Unterschrift beider Eltern bzw. gesetzl. Vertreter)

