

ELTERNFRAGEBOGEN: Neuropädiatrie

Name des Kindes

Geburtsdatum

Wohnort, Straße

Telefon/Fax/E-Mail

Krankenversicherung

Hauptversicherter

Name, Geburtsdatum

Name des Kinderarztes

Vorstellungstermin am:

Liebe Eltern,

damit wir uns so gut wie möglich auf Ihren Besuch bei uns vorbereiten können, haben wir einen Fragenkatalog erstellt.

Es wäre sehr schön, wenn Sie diese Fragen schon im Vorfeld beantworten könnten.

Einige Fragen treten auf, die nicht auf Ihr Kind zutreffen, weil es beispielsweise noch zu jung ist. Bitte beantworten Sie nur die Fragen, die Sie betreffen und die Sie beantworten können und möchten.

Drucken Sie bitte die folgenden Fragebögen aus und senden Sie diese vor dem Ersttermin bitte an uns zurück:

Ev. Krankenhaus-Kinderklinik

z. Hd. Frau Dr. Kaiser
Wiedenbrücker Straße 33
59555 Lippstadt,
Tel.: 02941 67-2001

Haben Sie einen kurzfristigen Termin bekommen, können Sie den ausgefüllten Fragebogen auch mitbringen.

Bitte denken Sie bei dem Ersttermin an:

Überweisung, Versicherungskarte, gelbes Vorsorgeheft

und falls vorhanden:

Vorbefunde, frühere Arztbriefe

1 Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

2 Welche Hilfe erwarten Sie?

3 Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen?

Wir benötigen einige Angaben über die Vorgeschichte Ihres Kindes

4 Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?

Vorname:

Geburtsjahr:

5 Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie (Eltern, Großeltern und Geschwister)? Gibt es Fieberkrämpfe, Epilepsie, geistige oder körperliche Behinderung in der Familie?

.....
.....

Schwangerschaft und Geburt

6 Gab es vorausgegangene Komplikationen in der Schwangerschaft?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Seelische Belastung, beruflicher Stress |
| <input type="checkbox"/> Schweres Erbrechen | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Unfälle/Operationen | <input type="checkbox"/> täglich Zigaretten |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Andere Drogen |
| <input type="checkbox"/> Fieberhafte Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen | <input type="checkbox"/> Welche |
| <input type="checkbox"/> Wenig Kindsbewegung | <input type="checkbox"/> Sonstige Komplikationen |
| <input type="checkbox"/> Zu wenig Fruchtwasser | |

Die Schwangerschaft war

- ungeplant gewünscht eine künstliche Befruchtung

7 Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin:

- Ja
- Nein, sondern nur bis Wochen vor dem Termin
- sondern bis Tage nach dem Termin
- Die Geburt erfolgte im Krankenhaus in
- Zu Hause

8 Gab es bei der Geburt Komplikationen oder Besonderheiten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Saugglocke |
| <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt | <input type="checkbox"/> Grünes Fruchtwasser |
| <input type="checkbox"/> Beckenlage | <input type="checkbox"/> Besonders lange Geburt |
| <input type="checkbox"/> Störung der kindlichen Herztöne | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnittentbindung | ..... |

9 Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?
(„Gelbes Heft“ bitte mit zum Termin bringen)

5 Minuten 10 Minuten pH-Wert

10 Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

Gewicht: Größe: Kopfumfang:

11 Zur Neugeborenenzeit (erste 4 Lebenswochen)

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?

Nein Ja, Ort

War Ihr Kind auffällig gelb?

Nein Ja, Bilirubinwert

Musste Ihr Kind beatmet werden?

Nein Ja, Anzahl Tage

Gab es sonstige besondere Krankheiten in den ersten Lebenswochen?

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> auffallende Bewegungsarmut |
| | | <input type="checkbox"/> auffallende Unruhe |
| | | <input type="checkbox"/> häufiges Spucken |
| | | <input type="checkbox"/> Schiefhaltungen, Asymmetrien |
| | | <input type="checkbox"/> Anfälle |
| | | <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit |
| | | <input type="checkbox"/> häufiges Schreien |
| | | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

12 Krankheiten Ihres Kindes

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

Nein Ja, im Lebensjahr, im Lebensjahr
im Lebensjahr, im Lebensjahr

13 Impfungen Ihres Kindesnach Plan

Nein Ja Zusätzliche:

14 Wie verlief die Entwicklung? (so gut Sie sich noch erinnern)

Gezieltes Greifen	..... Monate	Erste Zweiwortsätze	..... Monate
Umdrehen von Rücken- in Bauchlage	..... Monate	Zeigt auf benannte Körperteile	..... Monate
Freies Sitzen	..... Monate	Einfaches Rollenspiel	..... Monate
Krabbeln	..... Monate	Tagsüber sauber und trocken	..... Monate
Selbständiges Gehen	..... Monate	Kennt Grundfarben	..... Monate
Erste 2-3 sinnvolle Wörter	..... Monate	Zählt zurzeit sicher bis:	.....

15 Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten von anderer Seite bereits untersucht?

Nein Ja Wann?..... Wo?

.....

16 Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden? (Falls möglich, legen Sie bitte Kopien der Arztberichte, Röntgen, MRT-Bilder etc. dabei oder bringen Sie diese zum Termin mit.)

.....

.....

17 Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?

.....

.....

18 Bekommt Ihr Kind regelmässig Medikamente?

Nein Ja Welche?

19 Sind Sie mit Ihrem Kind noch in einer zusätzlichen Betreuung?
(Arzt, Psychologe, Osteopathen, Orthopäden, Beratungsstelle)

Nein Ja Wo?

20 Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?

Nein Ja Welche?

21 Hat Ihr Kind epileptische Anfälle?

Nein Ja Wann? Wie häufig? Wie lange?

Wie sehen die Anfälle aus?

22 Wurden bereits irgendwelche Untersuchungen (EEG, MRT, Ultraschall, Labor-Untersuchungen) durchgeführt?

Nein Ja Wann? Welche?

Wann? Welche?

Wann? Welche?

23 Name des Vaters

Geburtsdatum des Vaters

Erkrankungen des Vaters

24 Name der Mutter

Geburtsdatum der Mutter

Erkrankungen der Mutter

25 Bei wem lebt das Kind? Eltern Mutter Vater Sonstige

Wer hat das Sorgerecht? Eltern Mutter Vater Sonstige

Ausbildung Mutter: Schulabschluss

Berufsbildung

Ausbildung Vater: Schulabschluss

Berufsbildung

Aktueller Beruf Mutter Vater

Beschäftigung

(Teil-,Vollzeit, Schichtdienst)

26 Einrichtungen

Besucht Ihr Kind den Kindergarten?

Nein Ja, seit geplant ab:

Name des Kindergartens

Art des Kindergartens

Adresse

Telefon

Erzieher/-in

27 Besucht Ihr Kind die Schule?

Nein Ja, seit geplant ab:

Name der Schule

Schulart

Adresse

Telefon

Lehrer/-in

28 Wohnt Ihr Kind im Internat oder in einer Einrichtung?

Nein Ja

Name der Einrichtung

Adresse

Telefon

Ansprechpartner

29 Fördersituation

Bekommt Ihr Kind Frühförderung?

Nein Ja, seit geplant ab:

Name der Frühförderstelle

Adresse

Telefon

Ansprechpartner

30 Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien?

Wenn ja, seit wann und wie oft?

Nein Ja

	Seit	von-bis	wie oft?
Krankengymnastik			
Ergotherapie			
Logpädie			

Wer führt die Therapie durch?

31 Krankengymnastik

Bobath Vojta Sonstige

Name der Einrichtung/Praxis/Therapeut

Adresse

Telefon

32 Ergotherapie

Name der Einrichtung/Praxis/Therapeut

Adresse

Telefon

33 Logopädie

Name der Einrichtung/Praxis/Therapeut

Adresse

Telefon

Werden noch andere als die aufgeführten Therapien durchgeführt?

(z.B. Heilpädagogik, Psychotherapie, Reittherapie, Musiktherapie o.ä., bitte beschreiben)

.....

.....

.....

.....

34 Sozialrechtliche und Familienunterstützende Hilfen

Nehmen Sie Unterstützung durch eine der folgenden Stellen in Anspruch?

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|----|
| Familientlastender Dienst | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Sozialpädagogische Familienhilfe | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Unterstützung Jugendamt | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Häusliche Krankenpflege | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Haushaltshilfe/Nachbarschaftshilfe | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Sonstige Hilfen | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja |

35 Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld im Rahmen der Pflegeversicherung?

Pflegegeld Nein Ja Beantragt

Pflegestufe I II III

36 Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen?

Schwerbehindertenausweis Nein Ja Beantragt

Grad der Behinderung 50 60 70 80 90 100

Merkzeichen G H B aG BI RF GI

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten.

Datum, Unterschrift