

Erstvorstellung **Wiedervorstellung:** wenn ja, wann zuletzt: _____

Name, Vorname des Kindes: _____ Geschlecht: m w d

geb. am: _____ in: _____

wohnhaft bei: Eltern Vater Mutter Adoptiveltern Pflegeeltern Heim

PLZ: _____ Ort: _____ Landkreis: _____

Straße: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____ Email: _____

Name der Krankenkasse: _____ Versichert mit: _____

Name des Vaters: _____ Vorname: _____

ggf. Geburtsname: _____ geboren am: _____ in: _____

Beruf des Vaters (erlernt) _____ z.Z.ausgeübt: _____

beschäftigt: ganztags halbtags stundenweise arbeitslos Hausmann

Name der Mutter: _____ Vorname: _____

ggf. Geburtsname: _____ geboren am: _____ in: _____

Beruf der Mutter (erlernt) _____ z.Z.ausgeübt: _____

beschäftigt: ganztags halbtags stundenweise arbeitslos Hausfrau

Sorgeberechtigte/r (Gesundheitsfürsorge):

Eltern Eltern, getrennt lebend Mutter Vater Pflegefamilie

Andere Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Vorstellungsgrund:

Welche der folgenden Auffälligkeiten bereitet Ihnen oder anderen Personen im Umfeld Ihres Kindes Sorge?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> motorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> sozial- emotionale Entwicklung | <input type="checkbox"/> schulische Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> sprachliche Entwicklung | <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> frühkindliche Regulation (Schreien / Schlafstörung) |
| <input type="checkbox"/> körperliche Auffälligkeiten (auffäll. Kopfform/Kleinwuchs) | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle/Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Einnässen / Einkoten |
| <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung/Blindheit | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Andere |

Welche Fragen oder Befürchtungen haben Sie?
(Bitte unbedingt ausfüllen!)

Wann haben Sie diese Auffälligkeiten erstmals wahrgenommen? Im Alter von: _____

Wer hat die Vorstellung veranlasst? _____

Wird / wurde ein Geschwisterkind schon einmal bei uns untersucht ?

- Ja Wann? Name, Vorname: 1. _____
2. _____
 Nein 3. _____

Wurde oder wird Ihr Kind wegen der von Ihnen aufgeführten Auffälligkeiten bereits an anderer Stelle ärztlich/psychologisch untersucht oder behandelt? Befundbericht bitte mitschicken!

- Ärztliche Behandlung / SPZ: nein ja wann? wo? _____
- Psychologische Behandlung: nein ja wann? wo? _____
- Krankenhausaufenthalte: nein ja wann? wo? _____
- Hörprüfung: nein ja wann? wo? _____
- Sehprüfung: nein ja wann? wo? _____
- Schädel-Sono: nein ja wann? wo? _____
- EEG: nein ja wann? wo? _____
- MRT: nein ja wann? wo? _____
- welches Organ: _____

Bekommt ihr Kind aktuell Förderung und in welchem Umfang? (Anzahl pro Woche)

- Physiotherapie/Krankengymnastik: nein ja wie oft? bei wem _____
- Ergotherapie: nein ja wie oft? bei wem _____
- Logopädie: nein ja wie oft? bei wem _____
- Heilpädagogik: nein ja wie oft? bei wem _____
- Psychotherapie: nein ja wie oft? bei wem _____
- Sonstige: nein ja wie oft? bei wem _____
- Nimmt ihr Kind Medikamente? nein ja welche _____

Dieser Bogen wurde ausgefüllt: am: _____

von: Mutter Vater Sonstige, wer? _____

Bei getrennt lebenden Elternteilen mit gemeinsamem Sorgerecht benötigen wir zwingend das beiderseitige Einverständnis!

Der Fragebogen muss von beiden Elternteilen unterschrieben werden.

Unterschrift Mutter: _____

Unterschrift Vater: _____

**Bestätigung des überweisenden Arztes über die Notwendigkeit der Vorstellung.
(ANMELDUNG OHNE ARZTUNTERSCHRIFT NICHT MÖGLICH!!)**

Vorstellung soll erfolgen:

Sozialpädiatrisches Zentrum

Interdisziplinäre Frühförderstelle

Kommentar:

Praxisstempel

Datum

Unterschrift des Arztes