

**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?

---

---

---

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

Wer hat die Vorstellung veranlasst? \_\_\_\_\_

Wird / wurde ein Geschwisterkind schon einmal bei uns untersucht ?

<input type="checkbox"/>	Ja	Wann?	Name, Vorname: 1. _____
<input type="checkbox"/>	Nein		2. _____
			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:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann?	wo?	_____
Psychologische Behandlung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann?	wo?	_____
Krankenhausaufenthalte:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann?	wo?	_____
Hörprüfung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann?	wo?	_____
Sehprüfung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann?	wo?	_____
Schädel-Sono:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann?	wo?	_____
EEG:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann?	wo?	_____
MRT:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann?	wo?	_____

welches Organ: \_\_\_\_\_

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

Physiotherapie/Krankengymnastik:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie oft?	bei wem	_____
Ergotherapie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie oft?	bei wem	_____
Logopädie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie oft?	bei wem	_____
Heilpädagogik:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie oft?	bei wem	_____
Psychotherapie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie oft?	bei wem	_____
Sonstige:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie oft?	bei wem	_____
Nimmt ihr Kind Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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