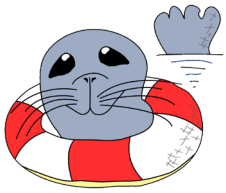
UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Ratzeburger Allee 160, Haus D1, 23538 Lübeck



Fragebogen zur Erstvorstellung im SPZ Lübeck

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Kontaktdaten des Kindes

Nachname Ihres Kindes	
Vorname Ihres Kindes	
Geburtsdatum	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Straße / Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon- / Mobil	
E-Mail	

Nationalität

Muttersprache	
Dolmetscher erforderlich?	☐ ja (Es ist erforderlich, dass **Sie selbst** eine dolmetschende Person mitbringen) ☐ nein

Kind und Familie

Hat Ihr Kind einen **Pflegegrad**?	☐ nein ☐ ja Höhe
Hat Ihr Kind einen **Schwerbehindertenausweis**?	☐ nein ☐ ja GdB Merkzeichen
Gibt es weitere **soziale Hilfen**? (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe)	☐ nein ☐ ja
Wurde Ihr Kind oder ein Geschwisterkind bereits in unserem SPZ vorgesellt?	☐ nein ☐ ja (ggf. Name und Geburtsdatum des Geschwisterkindes) Name: Geburtstag:
Wer hat das **Sorgerecht** für das Kind?	☐ Mutter ☐ Vater ☐ Verwandte ☐ Pflegeeltern ☐ Amtsvormundschaft
Bei wem lebt das Kind?	☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Verwandte ☐ Pflege- / adoptiveltern ☐ in einer Einrichtung

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Ärztliche Fragestellung

Bitte von der Kinderärztin / dem Kinderarzt auszufüllen

Bitte beachten Sie, dass in unserem SPZ keine ADHS- und Autismusdiagnostik und -Beratung angeboten wird.

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift Ärztin / Arzt