



Campus Lübeck

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Egbert Herting

Sozialpädiatrisches Zentrum

Leitung: Dr. med. Jan-Christoph Schöne-Bake

Tel: 0451 / 500-43035

Fax: 0451 / 500-42914

E-Mail: spz@uksh.de

Internet: www.spz-luebeck.de

Liebe Eltern,

Sie haben Ihr Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum Lübeck zur Untersuchung angemeldet. Um Ihr Kind optimal einschätzen zu können, bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen vom Kinderarzt unterschrieben und vollständig ausgefüllt an

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck
-SPZ-Sozialpädiatrisches Zentrum
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

zu senden.

Bitte fügen Sie dem Fragebogen **folgende Unterlagen in Kopie** bei:

- Gelbes Vorsorgeheft Ihres Kindes
- Arztberichte (z.B. vom Kinderarzt, Augenarzt, HNO-Arzt, Orthopäden, Blutergebnisse, usw.)
- Therapeutenberichte (z.B. Physiotherapie, Logopädie, Frühförderung)
- Berichte aus dem Kindergarten oder der Schule (z.B. Entwicklungsberichte, sonderpädagogisches Fördergutachten, die letzten zwei Schulzeugnisse)

Zum Termin benötigen Sie dann nur noch die **Versichertenkarte** Ihres Kindes, einen **Überweisungsschein** mit „SPZ“, das **gelbe Heft im Original** sowie eventuell vorhandene **Hilfsmittel** (Brille, Hörgeräte, Einlagen, Rollstuhl, Orthesen, ...).

Sollten Sie zum vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir um eine frühzeitige Absage. Bei einer verspäteten Absage können wir eine erneute Terminvergabe nicht garantieren. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Fragebogen zur Erstvorstellung im SPZ Lübeck

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Nationalität: _____

Besteht Bedarf an einer Dolmetscherin/einem Dolmetscher? Ja nein

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____

Wer ist Ihr Kinderarzt? _____

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? Nein ja welchen (1-5) _____?

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis? nein ja GdB: _____

Merkzeichen: B H G aG weitere:

	Mutter	Vater	Andere (z. B. Pflegeeltern)
Erziehungsberechtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Anschrift			
Körpergröße (cm)			
Kopfumfang (cm)			
Schulabschluss			

Geschwisternamen	Geburtsdatum	Chronische Erkrankungen

Bisherige Entwicklung

Zur Entwicklungsbeurteilung ist das Wissen um das zeitliche Erreichen von Meilensteinen enorm wichtig. Wir bitten Sie daher um Beantwortung der folgenden Fragen. Die Zeitangaben sollen in Monaten sein.

Wann konnte Ihr Kind...

Lächeln _____

Sitzen _____

Erste Worte sprechen _____

Erste Sätze sprechen _____

Laufen _____

Kann Ihr Kind gut hören?

nein ja

Wurde bereits ein Hörtest durchgeführt?

nein ja , bei _____

War Ihr Kind bereits beim Augenarzt?

nein ja , bei _____

Trägt oder trug Ihr Kind eine Brille?

nein ja

Lag Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?

nein ja

In welcher Klinik? _____

Mit welcher/welchen Erkrankung(en)?

Gibt es in Ihrer Familie schwerwiegende chronische Erkrankungen (z. B. Epilepsie, Diabetes)?

ja nein

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein?

ja nein

Medikamentenname

Dosierung

Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel (z.B. Orthesen, Rollstuhl, ...)? ja nein

Art des Hilfsmittel

hergestellt von welchem Sanitätshaus?

Hat Ihr Kind Therapiemaßnahmen (z.B. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Frühförderung) erhalten?

ja

nein

Therapieart	Zeitraum	Bei welcher Therapeuten?	Therapeutin//welchem

Welche Ärzte und/ oder Psychologen sind an der regelmäßigen Betreuung Ihres Kindes beteiligt?

Name	Anschrift

Wichtige zusätzliche Ansprechpartner in der Betreuung Ihres Kindes:

Einrichtung	Ansprechpartner	Anschrift
Kindergarten		
Schule		
Jugendamt		
Familienhilfe		
Pflegedienst		

Um eine möglichst optimale Betreuung zu erreichen sind für uns Ihre Wünsche, Sorgen und Erwartungen an uns sehr wichtig. Wir bitten Sie daher, die nachstehenden Fragen sorgfältig zu beantworten.

Warum haben Sie Ihr Kind im SPZ Lübeck angemeldet?

Was erwarten Sie von der Untersuchung im SPZ?

Was erwartet Ihr Kinderarzt/-ärztin?
(bitte von ihrer Kinderärztin oder ihrem Kinderarzt abstempeln lassen)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

