

UKSH, Campus Kiel, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin II, Haus C,
Arnold-Heller-Straße 3, 24105 Kiel

An
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin II, Haus C
Sozialpädiatrisches Zentrum
Arnold-Heller-Straße 3

24105 Kiel

Campus Kiel

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin II
Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie
Komm. Direktion: PD Dr. med. A. van Baalen

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
Ärztliche Leitung: Prof Dr. med. H. Muhle

	Tel.	Fax
Sekretariat SPZ /Psych. Dienst	0431 / 500 24151	-19924151
Terminvergabe	0431 / 500 20160	-24124
Leitstelle Eltern-Kind-Zentrum	0431 / 500 20165	-24124
Neuropädiatrische Station C. 214	0431 / 500 28374	-28244
Sekretariat (komm.) Direktion	0431 / 500 24101	-24104

E-Mail: spz-kiel@uksh.de
Internet: www.uksh.de/spz_kiel

Besucheranschrift: Arnold-Heller-Str. 3, Haus C, Eltern-Kind-Zentrum
Datum:

Anmeldebogen

Sehr geehrte(r) Erziehungsberechtigte(r/n)

vor dem Termin Ihres Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) möchten wir Sie bitten, einige Angaben zu Ihrem Kind und dem Vorstellungsanlass bei uns zu machen.

Angaben zum Kind

Nachname, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift (Straße, Ort): _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ ☐ gesetzlich ☐ privat

Kinderarzt: _____

Wurde ihr Kind bereits bei uns vorgestellt? ☐ ja, im Jahr _____ ☐ nein

Ging/Geht Ihr Kind in den **Kindergarten**? Zeitraum (Monat/Jahr): von _____ bis _____

Name des Kindergartens: _____

War Ihr Kind ein Integrationskind oder in einer heilpädagogischen Gruppe? ☐ ja ☐ nein

Wie heißt die **Schule** Ihres Kindes? _____

Klassenstufe _____ Schulart _____

Besteht ein Förderbedarf in der Schule? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welcher? _____

Besucht Ihr Kind eine besondere Klasse? _____

Hat ihr Kind eine Klassenstufe wiederholt? ☐ ja, die _____ ☐ nein

Angaben zur Familie

Familienstand der Eltern? ☐ verheiratet ☐ zusammenlebend ☐ geschieden

☐ getrennt lebend ☐ alleinerziehend ☐ wieder zusammenlebend

ggf. ☐ getrennt/geschieden seit:

Sorgerecht haben ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Andere (Name/Amt)

Wer? _____

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Untersuchung und ggf. Behandlung einverstanden? ☐ ja ☐ nein

Das Kind lebt zurzeit bei ☐ beiden ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Andere _____

	Mutter	Vater	Andere (z.B. Partner, Pflegeeltern) _____
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Anschrift (abweichend)			
Höchster Bildungsabschluss	<input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> Haupt- oder Realschule <input type="checkbox"/> Abitur/ Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> Haupt- oder Realschule <input type="checkbox"/> Abitur/ Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> Haupt- oder Realschule <input type="checkbox"/> Abitur/ Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss
Beruf			
Tätigkeit			
	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> _____

Geschwister

Name	Geburtsdatum	Kita, Schule, Beruf	Im Haushalt lebend	Ggf. Erkrankungen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Bisherige Diagnostik und Therapien

War Ihr Kind bereits in einem **Sozialpädiatrischen Zentrum oder bei Kinder- und Jugendpsychiatern bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten** zur Diagnostik/ Beratung/ Behandlung (z.B. Kinderzentrum Pelzerhaken, Praxis Dr. Behnisch, Praxis Dr. Puls, Werner-Otto-Institut)? Falls ja, wo? (Briefe ggf. mitbringen bzw. vorab schicken)

Ort	Monat/ Jahr	Vorstellungsanlass
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bekommt oder/ und bekam ihr Kind **Therapien/ Behandlungen**? ☐ ja ☐ nein

	Stundenanzahl	Seit wann?	Wo?	Beendet am?
Ergotherapie				
Physiotherapie				
Logopädie				
Heilpädagogik/ Frühförderung				
Psychotherapie				
Sonstige (Fach)Ärzte				
Sonstige (Familienhilfe, Erziehungsberatung etc.)				

Frühkindliche Entwicklung

Schwangerschaft: Die Schwangerschaft verlief,

- ☐ insgesamt unauffällig
- ☐ es gab Komplikationen _____

Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche _____ Geburtsgewicht: _____ Länge: _____
Kopfumfang _____ cm APGAR-Werte (Untersuchungsheft) : _____

Motorik: In welchem Alter konnte ihr Kind,

Frei Sitzen: _____ Monate Krabbeln: _____ Monate Frei Laufen: _____

Kommunikation: In welchem Alter sprach ihr Kind,

seine ersten Worte: _____ Monate etwa 50 Worte: _____ Monate

erste Zwei-Wort-Sätze (z.B. „Mama schlafen“): _____ (Jahre; Monate)

Hat ihr Kind jemals den Zeigefinger benutzt, um auf etwas zu zeigen oder um Interesse für etwas zu bekunden?

☐ ja ☐ nein

Sauberkeitserziehung: In welchem Alter war ihr Kind,

tagsüber trocken: _____ (Jahre; Monate) nachts trocken: _____ (Jahre; Monate)

Sauberkeitserziehung abgeschlossen: _____ (Jahre; Monate) ☐ noch nicht abgeschlossen

Kommentar: _____

Händigkeit: ☐ rechts ☐ links ☐ Kind hat sich noch auf keine Hand festgelegt

Sehen: Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes von einem Augenarzt überprüft?

☐ nein ☐ ja, bei _____ (Name und Adresse des Arztes)
Wann? _____ Befund auffällig? ☐ ja ☐ nein

Hören: Wurde die Hörfähigkeit von einem HNO-Arzt überprüft?

☐ nein ☐ ja, bei _____ (Name und Adresse des Arztes)
Wann? _____
Befund auffällig? ☐ ja ☐ nein

Allgemeine Kommentare

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

Datum:

Stempel überweisende/r Facharzt/-ärztin (Kindermedizin, Orthopädie, HNO, Neurochirurgie, Neurologie und Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie):

Wir danken für Ihre Mitarbeit!

Sozialpädiatrisches Zentrum im UKSH

Zertifiziertes Epilepsiezentrum für Kinder- und Jugendliche

