Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Vom SPZ auszufüllen:

Datum: _____

Gelesen:

Einwilligungserklärung Datenschutz

(Rechtsgrundlage: § 11 Abs. 2 lit. a KDG i. V. m. § 8 KDG)

Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit gegenüber dem SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Einwilligung kann verweigert werden.

Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung der entsprechenden personenbezogenen Daten statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser ausgesprochen wird. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datenübermittlung an Kinderarzt / Hausarzt / Facharzt / andere Einrichtung	
Ich willige ein, dass das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde (z.B. Labor, EEG, genetische Befunde) an folgenden Arzt / Einrichtung zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. **Falls ja**, bitte Name und Anschrift des Kinderarztes / einweisenden Arztes / etc. angeben: _____ _____ _____ **Hinweis**: Ohne Ihre Einwilligung ist die Übermittlung der behandlungsrelevanten Informationen an den vor-, mit- und nachbehandelnden Arzt / Einrichtung nicht möglich. In diesem Falle obliegt Ihnen die Verantwortung zur Weiterleitung der Befunde.	❒ ja ❒ nein
Ich willige ein, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH die bei meinem Kinderarzt / Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, die für meine aktuelle Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Die Daten werden nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt worden sind. **Falls ja**, bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen und ggf. ergänzen. ❒ siehe Arzt / Einrichtung unter Nr. 1 ❒ anderer/weiterer Arzt / Einrichtung, bitte Name und Anschrift angeben: _____ _____	❒ ja ❒ nein
Fotodokumentation	
Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass von meinem Kind und mir ein Foto gemacht wird. Dies dient der leichteren Identifikation bei Fallbesprechungen. Das Foto wird ausschließlich in der Patientenakte aufbewahrt.	❒ ja ❒ nein

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand

Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanusschwestern

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Kontaktaufnahme	
Ich willige ein, dass mich das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und seine Mitarbeiter:innen zu Informationszwecken (z. B. Terminverschiebung, Terminerinnerung, Therapieplanung, Befundmitteilung) **telefonisch** bzw. **per SMS** kontaktiert. Telefonnummer/n (Festnetz und Handy): _____ _____	❒ ja ❒ nein
Ich willige bis auf Widerruf ein, dass mich das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und seine Mitarbeiter:innen zu Informationszwecken (z. B. Terminverschiebung, Terminerinnerung, Therapieplanung, Befundmitteilung) **per Email** kontaktiert. E-Mail-Adressen: Mutter: _____ Vater: _____	❒ ja ❒ nein
Datenübermittlung und -einsicht Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH	
Ich willige ein, dass das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH, sofern erforderlich, Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der optimierten Diagnostik und Behandlung an die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH **übermitteln** und entsprechende Behandlungsdaten und Befunde der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH **einsehen** darf.	❒ ja ❒ nein
Sonstige Datenweitergabe (z.B. Dolmetscher, Familienhelfer, etc.)	
Ich willige ein, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die von mir benannte Person: _____ zum Zwecke: _____ übermittelt werden dürfen und dieser Person Auskunft erteilt werden darf.	❒ ja ❒ nein

Ich wurde auf den Aushang „Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten“ hingewiesen (hängt in den beiden Wartebereichen des SPZ in Haus 1 und 2 aus).

Ich kann auf Wunsch eine Kopie des mir vorliegenden Formulars „Einwilligungserklärung Datenschutz“ erhalten.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter und des Patienten (ab 14 J.)

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Vom SPZ auszufüllen:

Datum: _____

Gelesen:

Wichtige Informationen

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

- Bitte informieren Sie uns umgehend bei einem Wechsel der Krankenkasse.
- Wir benötigen beim ersten Diagnostik- oder Behandlungstermin in einem neuen Quartal jeweils einen gütigen Überweisungsschein Ihres Kinderarztes sowie die elektronische Gesundheitskarte. Andernfalls müssen Sie ggfs. für die Behandlungskosten selbst aufkommen.
- Wir bitten Sie uns schnellstmöglich zu informieren, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie,

- dass alle Sorgeberechtigten über die Untersuchung Ihres Kindes im SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH informiert wurden und damit einverstanden sind.
- dass Sie darüber informiert worden sind, dass ein Austausch zwischen den Ärzten, Psychologen und Therapeuten des SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH bzgl. der Daten und Informationen, die über Ihr Kind erhoben wurden, stattfindet. Die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der Diagnostik und Behandlung bildet die Basis des sozialpädiatrischen Vorgehens. Alle Mitarbeiter des SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH unterliegen der Schweigepflicht.
- dass Sie darüber informiert worden sind, dass sich die Mitarbeiter des SPZ mit den Fachkollegen des Kinderkrankenhauses St. Marien gGmbH in mündlicher und schriftlicher Form austauschen, falls dies zur Optimierung der Behandlung notwendig ist. Auch alle Mitarbeiter des Kinderkrankenhauses St. Marien gGmbH unterliegen der Schweigepflicht.

Landshut, den _____ Unterschrift: _____

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand

Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanusschwestern

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Einwilligung Video- und Telefonsprechstunde (Telemedizin)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

Ihnen wurde eine Telefon- oder Online-Videosprechstunde (Telemedizin) angeboten.

In den Sprechstunden laufen die Gespräche zwischen Ihnen und der Ärztin/ dem Arzt ähnlich ab, wie in der gewohnten Sprechstunde; Sie befinden sich nur an getrennten Orten. Der Austausch erfolgt über das Telefon oder dem Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in unser Haus kommen müssen.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer, Tablet oder Smartphone (mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung) reichen aus. Die technische Verbindung läuft über den Videodienstanbieter RED Medical Systems GmbH, der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt besprechen, auch im „Behandlungszimmer“ bleibt.

Aufklärung des Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde bzw. Telefonsprechstunde ist für mich und der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt freiwillig.
- Die jeweilige Sprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufs in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- Zu Beginn der Telefon- oder Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Sprechstunde strafrechtlich verboten.
- Vor Beginn der Video- oder Telefonsprechstunde ist zwingend unsere Einwilligungserklärung zu unterzeichnen.

Einwilligungserklärung

(nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß 291 g Abs. 4 SGB V der Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte i.V.m. §§ 6 Abs. 1 b), 8, 11 Abs. 2 a) KDG)

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname

E-Mail-Adresse

als gesetzliche:r Vertreter:in für

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand

Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanusschwestern

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Ich bestätige, dass ich über den Ablauf der Telefon- bzw. Videosprechstunde, sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden bin. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung der Software „Connect – die Kostenlose Videosprechstunde von RED Medical“ für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- etwaige Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Telefon- bzw. Videosprechstunde erfolgt.
- die meine Person betreffenden Daten bzw. Daten der gesetzlichen Vertreter (Name, Vorname, Email, Telefonnummer, Termindatum, -art und -dauer) zum Zweck der Durchführung der Telefon- bzw. Videosprechstunde durch uns erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Meine Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt ausreichend. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser ausgesprochen wird. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die oben genannten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Telefon- und Videosprechstunde zu Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter und des Patienten (ab 14 Jahren)

Elternfragebogen

ausgefüllt am: _____ von: _____

Liebe Eltern!
Die folgenden **Angaben**, um die wir Sie bitten, sind **freiwillig**. Das Beantworten der nachstehenden Fragen erleichtert uns aber die Vorbereitung und Planung der Diagnostik. Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Bitte kennzeichnen Sie ggf. Informationen, die nicht im Arztbrief erscheinen sollen oder besprechen Sie dies mit dem betreuenden SPZ-Arzt.

Angaben zum Kind

Vor- und Zuname _____

geboren am _____ in (Geburtsort) _____

Anschrift der Familie _____

Angaben zu den Erziehungsberechtigen

	Mutter	*Vater*
Vor- und Zuname	_____	_____
geboren am	_____	_____
Staatsangehörigkeit/ Herkunft	_____	_____
Festnetz	_____	_____
Mobil	_____	_____
E-Mail	_____	_____

☐ verheiratet ☐ Lebensgemeinschaft ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet

Angaben zum Sorgerecht

☐ gemeinsame elterliche Sorge
☐ alleinige elterliche Sorge ☐ Mutter ☐ Vater
☐ andere _____

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand

Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanusschwestern

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Auftrag / Anliegen

Was ist der Grund für die Vorstellung Ihres Kindes bei uns?
Beschwerden, Probleme, Auffälligkeiten, Behinderung

_____

_____

_____

In welchem Bereich und seit wann bestehen die Störungen bzw. Auffälligkeiten?

☐ Körperbeherrschung / Bewegung _____
☐ geistige Entwicklung _____
☐ Sprache _____
☐ Hör- und Sehvermögen _____
☐ Wachstum/Körperbau (Fehlbildungen) _____
☐ familiäre Probleme _____
☐ epileptische Anfälle _____
☐ Ernährung _____
☐ Verhalten _____
☐ Erziehung _____
☐ Schulleistungen _____
☐ andere _____

Welche Hilfen wünschen Sie?

_____

_____

War Ihr Kind bereits in entwicklungsneurologischer oder psychologischer Betreuung?

☐ nein
☐ ja .
  ☐ in einem anderen SPZ _____
  ☐ Kinder- & Jugendpsychiater _____
  ☐ (Schul-) Psychologe _____
  ☐ andere _____

Bitte bringen Sie vorliegende Berichte und Befunde mit, soweit vorhanden.

Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?

☐ nein

☐ ja, folgende .

☐ familienentlastender Dienst
☐ häusliche Krankenpflege
☐ sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)
☐ Haushaltshilfe / Nachbarschaftshilfe
☐ Unterstützung Jugendamt
☐ Erziehungsberatungsstelle

Vorgeschichte / Allgemeines

Schwangerschaft und Geburt

Hatten Sie Fehlgeburten/Totgeburten? ☐ nein

☐ ja, wann und wie viele _____

Haben Sie reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen? ☐ nein

☐ ja, Folgende *(z. B. ICSI, IVF)* _____

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft? ☐ nein

☐ Blutungen
☐ Bluthochdruck
☐ wenig Kindsbewegungen
☐ seelische Belastung, beruflicher Stress
☐ Fruchtwasser zu viel/zu wenig
☐ Bestrahlung/Röntgen
☐ Schilddrüsenerkrankung
☐ Medikamente _____
☐ Unfälle, Operationen
☐ vorzeitige Wehen
☐ schweres Erbrechen
☐ fieberhafte Erkrankung
☐ Alkohol, Zigaretten, Drogen
☐ Diabetes (Zucker)
☐ Sonstige _____

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? _____ SSW

Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt? ☐ nein

☐ Kaiserschnitt (Sectio)
☐ Saugglocke / Zange
☐ Auffälligkeiten der kindlichen Herztöne
☐ besonders lange Geburt
☐ andere _____
☐ Beckenendlage
☐ Mehrlingsgeburt
☐ grünes Fruchtwasser
☐ besonders schnelle Geburt

Neugeborenenperiode / Säuglingszeit

(siehe U1 bzw. für den Kopfumfang evtl. U2 im gelben Vorsorgeheft)

Geburtsgewicht _____ g Länge _____ cm Kopfumfang _____cm

APGAR _____ / _____ / _____ Nabelschnur-pH _____

Gab es in den ersten Lebenstagen Probleme? ☐ nein

wenn ja, welche? _____

_____

Machte Ihnen in den ersten Lebensmonaten Sorgen? ☐ nein

☐ Bewegungsarmut
☐ Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
☐ Schiefhaltung / Asymmetrien
☐ Anfälle
☐ Schreckhaftigkeit
☐ andere _____
☐ häufiges Spucken / Erbrechen
☐ Koliken / Bauchprobleme
☐ Trinkschwäche
☐ häufiges Verschlucken
☐ Unruhe / vermehrtes Schreien

Wurde Ihr Kind gestillt? ☐ nein

wenn ja, wie lange? Insgesamt __ (Monate/Jahre) voll, davon __ (Monate/Jahre) teilgestillt.

War das Kind längere Zeit von der Mutter getrennt? ☐ nein ☐ ja, _____

Welche Bezugspersonen hatte das Kind in den ersten beiden Lebensjahren?

_____

_____

Welche Bezugspersonen hat das Kind jetzt?

_____

_____

Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme? ☐ nein

wenn ja, welche? *(Schlucken, Saugen, Kauen, Speichelfluss)* _____

_____

Erhielt Ihr Kind in den ersten Lebensmonaten Vitamin D? ☐ nein ☐ ja

Ist Ihr Kind nach Plan (gemäß STIKO) geimpft? ☐ nein ☐ ja

Gab es besondere Reaktionen auf die Impfungen? ☐ nein

wenn ja, welche und wann? _____

Entwicklung

In welchem Alter hat Ihr Kind die folgenden Entwicklungsschritte erreicht und gab es dabei Besonderheiten?

☐ Krabbeln _____

☐ Hochziehen zum Stand _____

☐ erste freie Schritte _____

☐ erste Wörter _____

☐ erste Sätze _____

☐ keine Windel am Tag _____

☐ keine Windel in der Nacht _____

☐ Fahrradfahren _____

☐ Schwimmen _____

Ernährung

Gibt es Auffälligkeiten im Ernährungsverhalten oder bei der Verdauung? ☐ nein

wenn ja, welche? _____

_____

_____

Schlaf

Schlafenzeiten an Wochentagen von _____ Uhr bis _____ Uhr

Bestehen Einschlafprobleme? ☐ nein ☐ ja

Bestehen Durschlafprobleme? ☐ nein ☐ ja

Treten im Schlaf Auffälligkeiten auf? ☐ nein
wenn ja, welche? ☐ Schnarchen ☐ Knirschen
☐ Sonstige _____

Nässt Ihr Kind ein? ☐ nein ☐ ja

Wo schläft Ihr Kind? ☐ eigenes Bett ☐ eigenes Zimmer
☐ bei den Eltern ☐ bei den Geschwistern
☐ bei anderen _____

Krankenvorgeschichte

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden? ☐ nein

wenn ja, welche und wann? _____

_____

_____

Bekommt Ihr Kind zur Zeit Medikamente? ☐ nein

Name des Medikaments	Dosis (mg)	Dosierung (z.B. 3x1)	Seit wann?

Hat Ihr Kind Hilfsmittel? ☐ nein

☐ Rollstuhl ☐ Brille ☐ Orthesen/Schienen ☐ Hörgerät
☐ andere _____

Therapien

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien? ☐ nein

	Seit bzw. von .. bis..	Wie oft?	Wegen?	Wo?
Physiotherapie				
Ergotherapie				
Logopädie				
Heilpädagogik				
Frühförderung				
Psychotherapie **Spieltherapie**				
andere:				

Bisherige Diagnostik

Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

	Name	Praxisort	Wann?	Befund
HNO-Arzt				
Augenarzt				
EEG				
MRT/CT				
Röntgen				
andere:				

Kindergarten- und Schulbesuch

Welche der folgenden Einrichtungen hat Ihr Kind besucht bzw. besucht es jetzt noch?

☐ Kinderkrippe im Alter von _____ Jahren bis von _____ Jahren

☐ Kindergarten im Alter von _____ Jahren bis von _____ Jahren

☐ Regelkindergarten ☐ Integrativplatz

☐ heilpädagogischer Kindergarten ☐ anderer _____

☐ Grundschule ab dem Alter von _____ Jahren

☐ Regelgrundschule ☐ Förderzentrum _____

☐ weiterführende Schule

☐ Gymnasium ☐ Realschule ☐ Mittelschule ☐ Förderzentrum

Welche Klasse und Schule besucht Ihr Kind aktuell? _____

Wurde eine Klasse wiederholt? ☐ nein wenn ja, welche? _____

Erhält oder erhielt Ihr Kind Unterstützung in der Schule oder im Kindergarten? ☐ nein

☐ mobile sonderpädagogische Hilfe (msH) ☐ Schulbegleiter
☐ mobiler sonderpädagogischer Dienst (MSD) ☐ Schulpsychologe
☐ andere _____

Hausaufgabensituation

Wie lange benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben? _____

Wo fertigt Ihr Kind die Hausaufgaben an? ☐ zu Hause ☐ Mittagsbetreuung/Hort

Wie fertigt Ihr Kind die Hausaufgaben an? ☐ alleine ☐ (teilw) mit Unterstützung

Gibt es Probleme mit den Hausaufgaben? ☐ nein

wenn ja, welche? _____

_____

Spiel und Verhalten

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne?

_____

_____

Welche Interessen hat Ihr Kind (Sportarten, Hobbys, Freizeitaktivitäten)?

_____

_____

Wie hoch ist der Medienkonsum täglich (TV, Handy, Tabelt)? ____ Std., Anmerkungen:

_____

_____

Gibt es Auffälligkeiten im emotionalen Bereich oder Sozialverhalten? ☐ nein

☐ ängstlich	☐ trotzig	☐ aggressiv	☐ unruhig
☐ verträumt	☐ depressiv	☐ unkonzentriert	☐ verschlossen
☐ traurig	☐ kontaktarm	☐ impulsiv	

☐ andere _____

Hat Ihr Kind feste Freunde, mit denen es spielt?

_____

_____

Wie verhält sich Ihr Kind mit anderen Kindern?

_____

_____

Haben Sie weitere Anmerkungen zur emotionalen Situation Ihres Kindes?

_____

_____

_____

_____

Stärken und Schwächen

Welche Stärken / positive Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind?

_____

_____

Welche Schwächen / negative Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind?

_____

_____

Angaben zur familiären Situation

	Vater	Mutter
Alter		
Schulabschluss		
erlernter Beruf		
aktuelle Tätigkeit		
Vorerkrankungen		

Sind die Eltern blutsverwandt? ☐ nein ☐ ja

	Geschwisterkind	Geschwisterkind	Geschwisterkind
Name			
Alter (Jahre)			
Schule			
Vorerkrankungen			

Wie schätzen Sie Ihre finanzielle Situation ein?

☐ gut ☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen / Probleme, wie Sie bei Ihrem Kind vorliegen, in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? ☐ nein ☐ ja

Welche der folgenden Krankheiten sind in der engeren / weiteren Familie aufgetreten?

☐ Krampfanfälle
☐ Autismus
☐ Missbildungen
☐ Sehbehinderung / Blindheit
☐ Asthma / Ekzem / Nesselsucht
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
☐ verzögerte od. gestörte Sprachentwicklung
☐ spastische oder andere Lähmungen
☐ geistiger Entwicklungsrückstand
☐ Hörbehinderung / Taubheit
☐ psychische Erkrankungen
☐ andere _____

Nähere Angaben dazu: _____

Welche besonderen Belastungen gab oder gibt es nach Ihrer Einschätzung im Leben Ihres Kindes (z.B. Mobbingerfahrungen, schwere Erkrankung oder Tod eines Familienangehörigen, Trennung …)?

Bitte bringen Sie Folgendes zur Vorstellung mit

- Impfpass
- Gelbes U-Heft
- Vorbefunde
- Therapieberichte
- Versichertenkarte
- Überweisungsschein vom Kinderarzt

Falls Sie ein Anliegen haben, dass Sie nicht vor Ihrem Kind besprechen wollen, sprechen Sie unsere Ärzte und Therapeuten direkt darauf an.

Vielen Dank für das Ausfüllen und Ihre Mithilfe!