

## Informationsblatt

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Vom SPZ auszufüllen:

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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 gültigen 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.

Landshut, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

**Kommunikation:**  
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1325  
Fax: 0871 852-1440

**Geschäftsführer:**  
Heiner Kelbel

**Sitz der Gesellschaft:**  
Landshut, HRB 9742

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

[www.spz-landshut.de](http://www.spz-landshut.de)  
sekretariat@st-marien-la.de

**Aufsichtsratsvorsitzender:**  
Landrat Peter Dreier

**Steuer-Nummer:**  
132/147/01000





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:

---



---



---

 ja nein

**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.

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

Ich willige ein, dass medizinische Befunde und Arztbriefe über den Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) elektronisch an die oben genannten Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden dürfen. Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt und gemäß den datenschutzrechtlichen Vorgaben.

 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

**Kommunikation:**  
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1325  
Fax: 0871 852-1440

**Geschäftsführer:**  
Heiner Kelbel

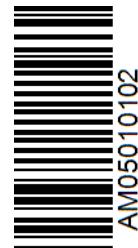
**Sitz der Gesellschaft:**  
Landshut, HRB 9742

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

[www.spz-landshut.de](http://www.spz-landshut.de)  
sekretariat@st-marien-la.de

**Aufsichtsratsvorsitzender:**  
Landrat Peter Dreier

**Steuer-Nummer:**  
132/147/01000



| <b>Kontaktaufnahme</b>   |  |
|--|--|
| Ich willige ein, dass mich die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und seine Mitarbeiter wegen Inhalten, die im Zusammenhang mit der Behandlung meines Kindes stehen (Terminerinnerung /-verschiebung, Befundmitteilung, Therapieplanung, etc.), kontaktieren kann:   | <input type="checkbox"/>                                     |
| <b>A) per Telefon:</b><br><u>Telefonnummer/n (Festnetz und Handy):</u><br><br><hr/> <hr/>  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| <b>B) per Email:</b><br><u>E-Mail-Adressen:</u><br><br>Mutter: _____<br>Vater: _____   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| <b>Datenübermittlung und -einsicht</b> 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 <b>übermitteln</b> und entsprechende Behandlungsdaten und Befunde der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH <b>einsehen</b> darf. | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja, für folgende Abteilungen:<br><br><input type="checkbox"/> Stationäre Aufenthalte <input type="checkbox"/> Ambulanzen <input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> MVZ   |  |
| <b>Sonstige Datenweitergabe</b> (z.B. Dolmetscher, Familienhelfer, etc.)   |  |
| Ich willige ein, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die von mir benannte Person:<br><br><hr/>  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| zum Zwecke:<br><br><hr/>   |  |
| übermittelt werden dürfen und dieser Person Auskunft erteilt werden darf.  |  |

Den Eltern wurde eine Kopie dieses Schreibens mitgegeben.

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).

Ort, Datum

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

## Anamnesebogen für Eltern-Allgemein

ausgefüllt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

Liebe Eltern! Die folgenden Angaben, um die wir Sie bitten, sind freiwillig. Das Beantworten der nachstehenden Fragen erleichtert uns jedoch 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 \_\_\_\_\_  
 verheiratet     Lebensgemeinschaft     getrennt     geschieden     verwitwet

### Angaben zum Sorgerecht

- gemeinsame elterliche Sorge  
 alleinige elterliche Sorge     Mutter     Vater  
 andere

### Auftrag/Anliegen

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

---



---



---

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

**Kommunikation:**  
 Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1325  
 Fax: 0871 852-1440

**Geschäftsführer:**  
 Heiner Kelbel

**Sitz der Gesellschaft:**  
 Landshut, HRB 9742

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

[www.spz-landshut.de](http://www.spz-landshut.de)  
[sekretariat@st-marien-la.de](mailto:sekretariat@st-marien-la.de)

**Aufsichtsratsvorsitzender:**  
 Landrat Peter Dreier

**Steuer-Nummer:**  
 132/147/01000

**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- & Jungendpsychiater -----
- (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
  - Koki  Harlekin/Nachsorge
  - sonstiges

## Vorgeschichte / Allgemeines

### Schwangerschaft und Geburt

Hatten Sie Fehlgeburten/Totgeburen?  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  Unfälle, Operationen
- Bluthochdruck  vorzeitige Wehen
- wenig Kindsbewegungen  schweres Erbrechen
- seelische Belastung, beruflicher Stress  fieberrhafte Erkrankung
- Fruchtwasser zu viel/zu wenig  Alkohol, Zigaretten, Drogen
- Bestrahlung/Röntgen  Diabetes (Zucker)
- Schilddrüsenerkrankung  Sonstige \_\_\_\_\_
- Medikamente \_\_\_\_\_

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? \_\_\_\_\_ SSW

Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt?  nein

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

## 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**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bewegungsarmut                       | <input type="checkbox"/> häufiges Spucken / Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Ein- und Durchschlaf Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Koliken / Bauchprobleme      |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung / Asymmetrien          | <input type="checkbox"/> Trinkschwäche                |
| <input type="checkbox"/> Anfälle                              | <input type="checkbox"/> häufiges Verschlucken        |
| <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit                    | <input type="checkbox"/> Unruhe / vermehrtes Schreien |
| <input type="checkbox"/> andere _____                         |   |

**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

**Schlafzeiten an Wochentagen** von \_\_\_ Uhr bis \_\_\_ Uhr

**Bestehen Einschlafprobleme?**  nein  ja

**Bestehen Durchschlafprobleme?**  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? |
|-----------------------|------------------------|----------|--------|-----|
| <b>Physiotherapie</b> |                        |          |        |     |
| <b>Ergotherapie</b>   |                        |          |        |     |
| <b>Logopädie</b>      |                        |          |        |     |
| <b>Heilpädagogik</b>  |                        |          |        |     |
| <b>Frühförderung</b>  |                        |          |        |     |
| <b>Psychotherapie</b> |                        |          |        |     |
| <b>Spieltherapie</b>  |                        |          |        |     |
| <b>andere:</b>        |                        |          |        |     |

## Bisherige Diagnostik

Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

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

## **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  ja, 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

## 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, Tablet)? \_\_\_\_\_ Std.,**

Anmerkungen:

---

---

**Gibt es Auffälligkeiten im emotionalen Bereich oder Sozialverhalten?  nein**

- |                                    |                                     |   |                                       |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> trotzig    | <input type="checkbox"/> aggressiv      | <input type="checkbox"/> unruhig      |
| <input type="checkbox"/> verträumt | <input type="checkbox"/> depressiv  | <input type="checkbox"/> unkonzentriert | <input type="checkbox"/> verschlossen |
| <input type="checkbox"/> traurig   | <input type="checkbox"/> kontaktarm | <input type="checkbox"/> impulsiv       |                                       |
| <input type="checkbox"/> 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?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle                | <input type="checkbox"/> verzögerte od. gestörte Sprachentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Autismus                     | <input type="checkbox"/> spastische oder andere Lähmungen          |
| <input type="checkbox"/> Missbildungen                | <input type="checkbox"/> geistiger Entwicklungsrückstand           |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung / Blindheit   | <input type="checkbox"/> Hörbehinderung / Taubheit                 |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Ekzem / Nesselsucht | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen                   |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> andere                                    |

Nähere Angaben dazu:

---

**Welche besonderen Belastungen gab oder gibt es nach Ihrer Einschätzung im Leben Ihres Kindes? z.B. Mobbing, schwere Erkrankungen oder Tod eines Familienmitglieds, 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!**