

Liebe Eltern,

herzlich willkommen im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem.

Das SPZ ist ein kinderärztlich geführtes, ambulantes Zentrum. Ziel ist es, Kinder und Jugendliche mit drohenden oder bereits bestehenden chronischen Erkrankungen oder Behinderungen umfassend zu begleiten und zu fördern.

Unser interdisziplinäres Team besteht aus Kinderärztinnen und Kinderärzten, Fachkräften der Bereiche Psychologie, Heilpädagogik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Soziale Arbeit.

Ziel ist es,

- eine fundierte Diagnose für Ihr Kind zu stellen,
- die bestmöglichen Behandlungsmöglichkeiten zu finden und
- Ihr Kind, Sie als Familie sowie ggf. Ihre Einrichtung zu beraten und zu unterstützen.

Damit wir Ihre Termine optimal planen können, benötigen wir neben der Überweisung Ihres Kinder- und Jugendmediziners (bzw. Hausarztes) einige weitere Angaben. Bitte füllen Sie dazu den beigefügten Fragebogen vollständig aus. Sobald uns sowohl die Überweisung als auch der ausgefüllte Fragebogen vorliegen, erhalten Sie weitere Informationen per Post.

Wichtiger Hinweis:

Sollten folgende Institutionen oder Personen in die Betreuung oder Erziehung Ihres Kindes eingebunden sein, legen Sie bitte die entsprechenden Vollmachten bei:

- Wohngruppe/stationäre Erziehung
- Pflegefamilie
- Familienhilfe/Erziehungsbeistand
- Vormund/Ergänzungspflege

Falls Ihnen aktuelle Entwicklungseinschätzungen der Kita oder Schule, Zeugnisse, medizinische Vorbefunde oder Vorberichte sowie ein aktueller Medikamentenplan vorliegen (ggf. beim Haus- oder Kinderarzt anfordern), reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Fragebogen ein. Ohne relevante Vorbefunde von Vorbehandlern kann keine Terminvergabe erfolgen.

Bitte füllen Sie die Unterlagen vollständig aus. Unvollständige Angaben führen zu zusätzlichem Aufwand und verzögern die Terminvergabe.

Bei Rückfragen erreichen Sie uns:

- Telefon: 0355–462445
- Telefonsprechzeiten: Mo, Di & Fr 11–12 Uhr | Mi & Do 13–14 Uhr
- E-Mail: infospz@mul-ct.de

Mit freundlichen Grüßen
Ihr SPZ-Team

Allgemeine Angaben

Name, Vorname des Kindes: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon/E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____

Bei wem ist das Kind versichert (Name, Vorname): _____

Nationalität: _____ Familiensprache: _____

Sonstige Sprachkenntnisse: _____

Sollten Sie einen Dolmetscher benötigen, gewährleisten Sie in diesem Fall die Teilnahme eines Dolmetschers zum Termin.

Dafür wenden Sie sich bitte an einen Dolmetscherdienst (z. B. Dolmetscherdienst Berlin-Brandenburg für alle Sprachen; dolmetscherdienst-bb@web.de oder 030 / 893 797 35).
Hinweis: Für medizinische Informationen dürfen Minderjährige nicht zum Übersetzen herangezogen werden.

Angaben zum überweisenden Arzt

Name: _____

Anschrift: _____

Sorgeberechtigte (bitte ankreuzen)

Bei wem lebt das Kind?

beide Eltern nur Mutter nur Vater

andere Personen:

Adoptivkind, seit wann in der Familie: _____ Pflegekind, seit wann in der Familie: _____

Abweichende Wohnform und -adresse* (WG, IWE, Kinderheim etc.), seit wann: _____

Wer hat das Sorgerecht? beide Eltern nur Mutter nur Vater
 andere Personen Pflegepersonen Amtsvormund*

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer (dringend erforderlich): _____

E-Mail (dringend erforderlich): _____

** Angabe Name, Adresse, Kontaktdaten des Amtsvormunds; WG, IWE, Kinderheim etc.):*

Telefon (dringend erforderlich): _____

E-Mail (dringend erforderlich): _____

Angaben zur Familie

Mutter Adoptiv-/Pflegemutter Vater Adoptiv-/Pflegevater

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Geburtsort: _____

Nationalität: _____

Nationalität: _____

erlernter Beruf: _____

erlernter Beruf: _____

aktuelle Tätigkeit: _____

aktuelle Tätigkeit: _____

**Geschwister/Halbgeschwister (einschließlich des angemeldeten Kindes, nach
 Geburtsreihenfolge)**

Name, Vorname	Geburts- datum	Einrichtung (Kita, Schule, usw.)	Besonderheiten, Erkrankungen	Bereits im SPZ in Behandlung

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern?

Nein Ja

Wenn ja, bei wem und welche? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal im SPZ Cottbus vorgestellt?

Nein Ja

Datum und Grund der ersten Vorstellung: _____

Angaben zu Ihrem Kind: Schwangerschaft, Geburt, bisherige Entwicklung

Gab es während der Schwangerschaft besondere Auffälligkeiten, Störungen oder seelische Belastungen? _____

Die Geburt erfolgte rechtzeitig zu früh* zu spät

*Tage/Wochen vor errechnetem Termin: _____ errechneter Termin: _____

Gab es während der Geburt Auffälligkeiten? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Geburtsgewicht: _____ g Körperlänge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenstagen?

- Atemstörungen
- auffallend starke Gelbsucht
- Trinkschwäche
- auffallend ruhiges Kind
- Fieber
- besonders große Unruhe (Schreikind)
- Krampfanfälle
- Besonderheiten/Probleme bei der Nahrungsaufnahme _____
- andere Probleme: _____

Wann sind folgende Entwicklungsschritte erstmals beobachtet wurden?

Krabbeln mit: _____ Monaten Erstes Wort mit: _____ Monaten

selbstständiges Hinsetzen mit: _____ Monaten Zweiwortsätze ab: _____ Monaten

selbstständiges Essen mit: _____ Monaten Dreiwortsätze ab: _____ Monaten

freies Laufen mit: _____ Monaten tagsüber trocken ab: _____ Monaten

selbstständiges Anziehen mit: _____ Monaten nachts trocken ab: _____ Monaten

Angaben zu Ihrem Kind: Kindergarten und Schule

Aktuell: Besuch von Kindergarten/Schule? Nein Ja, seit _____ geplant ab _____
Name und Ort der Kindereinrichtung/ Schule _____

Gibt es Probleme in der Einrichtung? Nein Ja
Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt? Nein Ja
Wenn ja, aus welchem Grund? _____

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult? _____
Derzeitige Klassenstufe: _____ Klasse wiederholt? Nein Ja, welche: _____

Welche Schulform besucht Ihr Kind?

- Grundschule weiterführende Schule: _____
 Förderschule „Lernen“ Förderschule „Geistige Entwicklung“
 Förderschule „Soziale und emotionale Entwicklung“

Angaben zur Vorstellung

Weshalb möchten Sie Ihr Kind im SPZ Cottbus vorstellen? Welche Probleme sehen Sie?

Wurde bereits eine Diagnose gestellt? Nein Ja
(bitte legen Sie Kopien von Arztberichten, Befunden, MRT-Bildern etc. bei)
Wenn ja, welche? _____

Bestehen chronische Erkrankungen? Nein Ja
Wenn ja, welche? _____

Besteht/Bestand eine Mitbetreuung durch andere Fachärzte? Nein Ja
Bitte Grund, Zeitraum und behandelnde Stelle angeben.

War Ihr Kind stationär im Krankenhaus? Nein Ja
Wenn ja, Wann? Wo? Warum? _____

Erhält Ihr Kind dauerhaft Medikamente? Nein Ja
Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____

Welche anderen Untersuchungen (MRT, CT, EEG etc.) wurden durchgeführt?
(bitte legen Sie Kopien von Arztberichten, Befunden, MRT-Bildern etc. bei)

Hat Ihr Kind epileptische Anfälle? Nein Ja
Wenn ja, wann zuletzt? _____
Bitte kurze Beschreibung:

Fördersituation Ihres Kindes

Erhält Ihr Kind Frühförderung? Nein Ja, seit _____ geplant ab _____

Name des Trägers: _____

Erhält oder erhielt Ihr Kind eine der folgenden Therapien oder Diagnostik?

Förderung/Therapie	Zeitraum	Institution/ Kontaktperson
Physiotherapie		
Logopädie		
Ergotherapie		
Psychotherapie		
Sonstige (z. B. Kur, Reha, Erziehungsberatung)		

Erhält oder erhielt Ihr Kind andere Therapien? Nein Ja, seit _____
Wenn ja, welche? Wie oft? _____

Hilfsmittel

Ist Ihr Kind auf spezielle Hilfsmittel angewiesen? Nein Ja
Wenn ja, welche (z. B. Rollstuhl, Brille, Hörgerät)? _____

Schulpsychologische Diagnostik/sonderpädagogischer Förderbedarf

Falls erfolgt: Was ergab die Vorstellung beim Sonderpädagogen/Schulpsychologen?

Besteht bereits ein **sonderpädagogischer Förderschwerpunkt**? Nein Ja

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lernen | <input type="checkbox"/> Sprache |
| <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> Autismus (ASS) |
| <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Körperliche/motorische Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Soziale und emotionale Entwicklung |

Wurden Maßnahmen im Sinne eines Nachteilsausgleiches festgelegt? Wenn ja, welche?

Welche der folgenden **Schwierigkeiten/Auffälligkeiten** beobachten Sie bei Ihrem Kind?

Im Bereich der Entwicklung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Störungen der Sehfähigkeit | <input type="checkbox"/> Störungen im motorischen Bewegungsablauf |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Hörfähigkeit | <input type="checkbox"/> Störungen in der Sauberkeitsentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> Störungen im Wachstum/Körperbau |
| <input type="checkbox"/> Störungen der geistigen Entwicklung | |
| <input type="checkbox"/> andere Störungen: _____ | |

Im Bereich des Verhaltens:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> übermäßige Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> stark motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> übermäßige Wut-, Trotzanfänge |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen | |
| <input type="checkbox"/> andere Probleme: _____ | |

Stärken Ihres Kindes

Was kann Ihr Kind besonders gut?

Sozialrechtliche Förderung und familienunterstützende Hilfen

Pflegegrad Nein beantragt Ja Pflegegrad: _____
Schwerbehindertenausweis Nein beantragt Ja
GdB: ____ Merkzeichen: _____

Gibt es familienunterstützende Maßnahmen? Nein Ja

Wenn ja, welche und seit wann? _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten!

Mit einer Kontaktaufnahme per Mail bin ich einverstanden Nein Ja

Bitte beachten Sie: Voraussetzung für die Behandlung im SPZ ist die Unterschrift aller Sorgeberechtigten.

Sorgeberechtigte(r)1: _____ Sorgeberechtigte(r)2: _____

Ggf. Vormund: _____
