

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

Sozialpädiatrisches Zentrum
Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem
Thiemstr. 111
03048 Cottbus

Liebe Eltern,

herzlich willkommen im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem. Das SPZ ist ein kinderärztlich geleitetes, ambulantes Zentrum zur interdisziplinären Diagnostik und Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsauffälligkeiten, chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Spezialisten der Fachbereiche Pädiatrie, Psychologie, Heilpädagogik, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie stehen zur Verfügung, um bei Ihrem Kind

- die richtige Diagnose zu stellen
- die am besten geeigneten Behandlungsmöglichkeiten zu finden
- Ihr Kind, Sie und Ihre Familie zu unterstützen und zu beraten

Um die Vorstellungstermine optimal planen zu können, benötigen wir neben der Überweisung Ihres Kinder- und Jugendmediziners/Hausarztes weitere Angaben. Wir bitten Sie deshalb, folgenden Fragebogen auszufüllen. Nach Erhalt der Überweisung und des Fragebogens erhalten Sie Termine für Ihr Kind per Post.

Zur Erstvorstellung bitten wir Sie, nachstehende Unterlagen mitzubringen:

- | | |
|--|---|
| • bisherige ärztliche Befunde | falls vorhanden: |
| • Kindervorsorgeheft (Gelbes Heft) | • aktuelle Entwicklungseinschätzung der Kita oder Schule |
| • Impfausweis | • Zeugnisse |
| • für das aktuelle Quartal gültigen Überweisungsschein | • aktuelle Therapieberichte: Logopädie, Physio-, Ergotherapie |
| • Chipkarte | • Medikamentenplan (kann b. Kinder- oder Hausarzt angefordert werden) |

Für Rückfragen erreichen Sie uns:

- telefonisch unter 0355-462445
- per E-Mail infospz@mul-ct.de

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr SPZ-Team

Fragebogen an die Eltern

ausgefüllt von: _____

Datum: _____

Angaben zum Kind

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Bundesland: _____

Nationalität: _____

Angaben zur Krankenkasse

Bei wem ist das Kind versichert, Name: _____

Name der Krankenkasse: _____

Angaben zum überweisenden Arzt

Name: _____

Anschrift: _____

Angaben zur Familie, in der das Kind lebt

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Falls zutreffend Angaben zur Wohngruppe/Erziehungsstelle, in der das Kind lebt

Name der WG und der Bezugsbetreuerin, des Bezugsbetreuers:

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Sorgeberechtigte (bitte ankreuzen)

☐ beide Eltern

☐ nur Mutter

☐ nur Vater

☐ Pflegepersonen

☐ Amtsvormund

☐ andere Personen

☐ **Mutter** ☐ **Pflegemutter**

☐ **Vater** ☐ **Pflegevater** (bitte ankreuzen)

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Geburtsort: _____

Nationalität: _____

Nationalität: _____

erlernter Beruf: _____

erlernter Beruf: _____

Anschrift der **Sorgeberechtigten**, falls von obigen Angaben abweichend:

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Geschwister (einschließlich des angemeldeten Kindes, nach Reihenfolge der Geburten)

Name, Vorname	Geburts- datum	Einrichtung (Kita, Schule usw.)	Besonderheiten, Erkrankungen
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wurde Ihr Kind schon mal im SPZ Cottbus vorgestellt? ☐ ja ☐ nein

Sind oder waren Sie bereits mit einem **Geschwister** /anderen Kind bei uns in Behandlung?

Name: _____

behandelnder Arzt,
behandelnde Ärztin im SPZ: _____

Weshalb möchten Sie Ihr Kind vorstellen? – Welche Erkrankungen bestehen bei Ihrem Kind? Wann ist dies erstmals aufgetreten?

Welche Hilfen erwarten Sie von uns für Ihr Kind?

Was kann Ihr Kind besonders gut? Welche Hobbies/Interessen hat es?

Welche Fördermaßnahmen oder Therapien erhält oder erhielt Ihr Kind und in welchem Zeitraum? (Frühförderung, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie ...)

War Ihr Kind schon im **Krankenhaus** stationär? Wann? Wo? Weshalb?

Erhält Ihr Kind dauerhaft **Medikamente**? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Welche anderen **Untersuchungen** – MRT, CT, EEG etc. - wurden bei Ihrem Kind schon durchgeführt? Wenn ja, wann? Bitte Befunde bei Erstvorstellung vorlegen.

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

im Bereich der Entwicklung

- ☐ Störungen der Sehfähigkeit
 - ☐ Störungen der Hörfähigkeit
 - ☐ Störungen der Sprachentwicklung
 - ☐ Störungen der geistigen Entwicklung
 - ☐ Störungen im motorischen Bewegungsablauf
 - ☐ Störungen in der Sauberkeitsentwicklung
 - ☐ Störungen im Wachstum/Körperbau
 - ☐ andere Störungen:
- _____

im Verhalten

- ☐ übermäßige Ängstlichkeit
 - ☐ starke motorische Unruhe
 - ☐ Konzentrationsschwierigkeiten
 - ☐ Schlafstörungen
 - ☐ Essstörungen
 - ☐ Kontaktschwierigkeiten
 - ☐ übermäßige Wut-, Trotzanfälle
 - ☐ Aggressivität
 - ☐ Erziehungsschwierigkeiten
 - ☐ andere Probleme:
- _____

Gab es während der **Schwangerschaft** mit Ihrem Kind besondere Auffälligkeiten, Störungen oder seelische Belastungen.

Die **Geburt** erfolgte ☐ rechtzeitig ☐ zu früh ☐ zu spät Tage/Wochen _____

Gab es während der Geburt Auffälligkeiten? Wenn ja, welche?

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

Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenstagen:

- | | |
|---|--|
| ☐ Atemstörung | ☐ Trinkschwäche |
| ☐ Fieber | ☐ Krämpfe |
| ☐ auffallend starke Gelbsucht | ☐ auffallend ruhiges Kind |
| ☐ besonders große Unruhe (Schreikind) | |
| ☐ Besonderheiten/Probleme bei der Nahrungsaufnahme | |
| ☐ andere Probleme: _____ | |

Bitte geben Sie an, wann die unten aufgeführten **Entwicklungsschritte** erstmals zu beobachten waren:

Krabbeln mit	_____	Monaten	selbstständiges Essen mit	_____	Monaten
freies Laufen mit	_____	Monaten	selbstständiges Anziehen mit	_____	Monaten
erstes Wort mit	_____	Monaten	Tagsüber trocken mit	_____	Monaten
Zweiwortsätze ab	_____	Monaten	Nachts trocken mit	_____	Monaten
Dreiwortsätze ab	_____	Monaten			

Welche **Kindereinrichtung** besucht Ihr Kind?

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult?

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, aus welchem Grund?

Derzeitige Klassenstufe: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

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

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

Ggf. Vormund: _____