

ELTERNFRAGEBOGEN: Neuropädiatrie

Name des Kindes

Geburtsdatum

Wohnort, Straße

Telefon/Fax/E-Mail

Krankenversicherung

Hauptversicherter

Name, Geburtsdatum

Name des Kinderarztes

Vorstellungstermin am:

Liebe Eltern,

damit wir uns so gut wie möglich auf Ihren Besuch bei uns vorbereiten können, haben wir einen Fragenkatalog erstellt.

Es wäre sehr schön, wenn Sie diese Fragen schon im Vorfeld beantworten könnten.

Einige Fragen treten auf, die nicht auf Ihr Kind zutreffen, weil es beispielsweise noch zu jung ist. Bitte beantworten Sie nur die Fragen, die Sie betreffen und die Sie beantworten können und möchten.

Drucken Sie bitte die folgenden Fragebögen aus und senden Sie diese vor dem Ersttermin bitte an uns zurück:

Klinikum Lippstadt-Kinderklinik
z. Hd. Frau Dr. Kaiser
Wiedenbrücker Straße 33
59555 Lippstadt,
Tel.: 02941 67-2001

Haben Sie einen kurzfristigen Termin bekommen, können Sie den ausgefüllten Fragebogen auch mitbringen.

Bitte denken Sie bei dem Ersttermin an:
Überweisung, Versicherungskarte, gelbes Vorsorgeheft

und falls vorhanden:
Vorbefunde, frühere Arztbriefe

1 Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

2 Wie lange bestehen die Beschwerden/Auffälligkeiten?

3 Wann trat die Symptomatik erstmals auf?

4 Wie oft tritt sie auf?

5 Welche Hilfe erwarten Sie?

6 Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen?

Wir benötigen einige Angaben über die Vorgeschichte Ihres Kindes

7 Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?

Vorname:

Geburtsjahr:

8 Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie (Eltern, Großeltern und Geschwister)? Gibt es Fieberkrämpfe, Epilepsie, geistige oder körperliche Behinderung in der Familie?

.....

.....

Schwangerschaft und Geburt

9 Gab es vorausgegangene Komplikationen in der Schwangerschaft?

- | | |
|---|--|
| ☐ Blutungen | ☐ Seelische Belastung, beruflicher Stress |
| ☐ Schweres Erbrechen | ☐ Alkohol |
| ☐ Unfälle/Operationen | ☐ täglichZigaretten |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Andere Drogen |
| ☐ Fieberhafte Erkrankungen | ☐ Medikamente |
| ☐ Vorzeitige Wehen | ☐ Welche |
| ☐ Wenig Kindsbewegung | ☐ Sonstige Komplikationen |
| ☐ Zu wenig Fruchtwasser | |

Die Schwangerschaft war

- ☐ ungeplant ☐ gewünscht ☐ eine künstliche Befruchtung

10 Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin:

- ☐ Ja
- Nein, sondern nur bisWochen vor dem Termin
- sondern bisTage nach dem Termin
- Die Geburt erfolgte im.....Krankenhaus in
- ☐ Zu Hause

11 Gab es bei der Geburt Komplikationen oder Besonderheiten?

- | | |
|--|---|
| ☐ Nein | ☐ Saugglocke |
| ☐ Mehrlingsgeburt | ☐ Grünes Fruchtwasser |
| ☐ Beckenlage | ☐ Besonders lange Geburt |
| ☐ Störung der kindlichen Herztöne | ☐ Andere |
| ☐ Kaiserschnittentbindung | |

12 Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?
(„Gelbes Heft“ bitte mit zum Termin bringen)

5 Minuten 10 Minuten pH-Wert

13 Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

Gewicht: Größe: Kopfumfang:

14 Zur Neugeborenenzeit (erste 4 Lebenswochen)

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?

☐ Nein ☐ Ja, Ort

War Ihr Kind auffällig gelb?

☐ Nein ☐ Ja, Bilirubinwert

Musste Ihr Kind beatmet werden?

☐ Nein ☐ Ja, Anzahl Tage

Gab es sonstige besondere Krankheiten in den ersten Lebenswochen?

- | | |
|---|---|
| ☐ Nein ☐ Ja | ☐ auffallende Bewegungsarmut |
| | ☐ auffallende Unruhe |
| | ☐ häufiges Spucken |
| | ☐ Schiefhaltungen, Asymmetrien |
| | ☐ Anfälle |
| | ☐ Schreckhaftigkeit |
| | ☐ häufiges Schreien |
| | ☐ Sonstiges |

15 Krankheiten Ihres Kindes

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

☐ Nein ☐ Ja, im Lebensjahr, im Lebensjahr
im Lebensjahr, im Lebensjahr

16 Impfungen Ihres Kindesnach Plan

☐ Nein ☐ Ja Zusätzliche:

17 Wie verlief die Entwicklung? (so gut Sie sich noch erinnern)

Gezieltes Greifen	 Monate	Erste Zweiwortsätze	 Monate
Umdrehen von Rücken- in Bauchlage	 Monate	Zeigt auf benannte Körperteile	 Monate
Freies Sitzen	 Monate	Einfaches Rollenspiel	 Monate
Krabbeln	 Monate	Tagsüber sauber und trocken	 Monate
Selbständiges Gehen	 Monate	Kennt Grundfarben	 Monate
Erste 2-3 sinnvolle Wörter	 Monate	Zählt zurzeit sicher bis:	

18 Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten von anderer Seite bereits untersucht?

☐ Nein ☐ Ja Wann? Wo?
.....

19 Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden? (Falls möglich, legen Sie bitte Kopien der Arztberichte, Röntgen, MRT-Bilder etc. dabei oder bringen Sie diese zum Termin mit.)

.....
.....

20 Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?

.....
.....

21 Bekommt Ihr Kind regelmässig Medikamente?

☐ Nein ☐ Ja Welche?

22 Sind Sie mit Ihrem Kind noch in einer zusätzlichen Betreuung?
(Arzt, Psychologe, Osteopathen, Orthopäden, Beratungsstelle)

☐ Nein ☐ Ja Wo?

23 Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?

☐ Nein ☐ Ja Welche?

24 Hat Ihr Kind epileptische Anfälle?

☐ Nein ☐ Ja Wann? Wie häufig? Wie lange?

Wie sehen die Anfälle aus?

25 Wurden bereits irgendwelche Untersuchungen (EEG, MRT, Ultraschall, Labor-
Untersuchungen) durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja Wann? Welche?

Wann? Welche?

Wann? Welche?

26 Name des Vaters

Geburtsdatum des Vaters

Erkrankungen des Vaters

27 Name der Mutter

Geburtsdatum der Mutter

Erkrankungen der Mutter

28 Bei wem lebt das Kind? ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige

Wer hat das Sorgerecht? ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige

Ausbildung Mutter: Schulabschluss

Berufsbildung

Ausbildung Vater: Schulabschluss

Berufsbildung

Aktueller Beruf Mutter..... Vater.....

Beschäftigung

(Teil-,Vollzeit, Schichtdienst)

29 Einrichtungen

Besucht Ihr Kind den Kindergarten?

☐ Nein ☐ Ja, seit geplant ab:

Name des Kindergartens

Art des Kindergartens

Adresse

Telefon

Erzieher/-in

30 Besucht Ihr Kind die Schule?

☐ Nein ☐ Ja, seit geplant ab:

Name der Schule

Schulart

Adresse

Telefon

Lehrer/-in

31 Wohnt Ihr Kind im Internat oder in einer Einrichtung?

☐ Nein ☐ Ja

Name der Einrichtung

Adresse

Telefon

Ansprechpartner

32 Fördersituation

Bekommt Ihr Kind Frühförderung?

☐ Nein ☐ Ja, seit geplant ab:

Name der Frühförderstelle

Adresse

Telefon

Ansprechpartner

33 Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien?

Wenn ja, seit wann und wie oft?

☐ Nein ☐ Ja

	Seit	von-bis	wie oft?
Krankengymnastik			
Ergotherapie			
Logpädie			

Wer führt die Therapie durch?

34 Krankengymnastik

☐ Bobath ☐ Vojta ☐ Sonstige

Name der Einrichtung/Praxis/Therapeut

Adresse

Telefon

35 Ergotherapie

Name der Einrichtung/Praxis/Therapeut

Adresse

Telefon

36 Logopädie

Name der Einrichtung/Praxis/Therapeut

Adresse

Telefon

Werden noch andere als die aufgeführten Therapien durchgeführt?
(z.B. Heilpädagogik, Psychotherapie, Reittherapie, Musiktherapie o.ä., bitte beschreiben)

.....

.....

.....

.....

37 Sozialrechtliche und Familienunterstützende Hilfen

Nehmen Sie Unterstützung durch eine der folgenden Stellen in Anspruch?

Familienentlastender Dienst	☐	Nein	☐	Ja
Sozialpädagogische Familienhilfe	☐	Nein	☐	Ja
Unterstützung Jugendamt	☐	Nein	☐	Ja
Häusliche Krankenpflege	☐	Nein	☐	Ja
Haushaltshilfe/Nachbarschaftshilfe	☐	Nein	☐	Ja
Sonstige Hilfen	☐	Nein	☐	Ja

38 Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld im Rahmen der Pflegeversicherung?

Pflegegeld ☐ Nein ☐ Ja ☐ Beantragt

Pflegestufe ☐ I ☐ II ☐ III

39 Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen?

Schwerbehindertenausweis ☐ Nein ☐ Ja ☐ Beantragt

Grad der Behinderung ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100

Merkzeichen G H B aG Bl RF GI

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

Datum, Unterschrift