

## Zentrum für Kindesentwicklung

Sozialpädiatrisches Zentrum

Dr. Flehmig GmbH

Ärztliche Leitung: Dr. med. Matthias Schmutz

Rümkerstr. 15-17

22307 Hamburg

Telefon: 040 6315218

Web: www.kindesentwicklung.de



## Anmeldebogen mit Informationen zur Vorgeschichte des Kindes

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Nationalität: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Gesetzl. Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Über wen ist das Kind versichert? (Name und Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

Telefon priv. Festnetz: \_\_\_\_\_ dienstlich\* \_\_\_\_\_

mobil\*: \_\_\_\_\_

**\*Bitte nur angeben, wenn Sie der Kontaktaufnahme zustimmen!**

E-Mail\*: \_\_\_\_\_

Erziehungs-/Sorgeberechtigter:  Mutter  Vater  andere  Pflege-/Adoptiveltern

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend von obiger Anschrift): \_\_\_\_\_

Überweisung durch: \_\_\_\_\_

(Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)

Datum: \_\_\_\_\_ Erziehungs-/Sorgeberechtigter: \_\_\_\_\_

(Unterschrift)

Fragestellung des überweisenden Arztes:

---

(Stempel des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin/Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)



**1. Von wem geht die Vorstellung im Zentrum für Kindesentwicklung aus?**

- Kinderarzt (Name und Anschrift)**

**Welche Probleme hat Ihr Kind? (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- Wachstum, Fehlbildungen     Krampfanfälle     Körperbeherrschung/Bewegung  
 Ernährung     Geistige Entwicklung  
 Schlafstörungen     Sprachentwicklung     Schulleistungen  
 Hörvermögen     Sehvermögen     Sonstiges

**Emotionale- oder Verhaltensprobleme:**

- Familiäre Belastungen (z.B. Beziehungsstörungen, Trennung, Krankheit, Tod)  
 Konzentrationsprobleme     Aggressivität/Wut  
 Soziale Schwierigkeiten/Kontaktprobleme     Ängste

a) Beschreiben Sie bitte die Probleme, Auffälligkeiten oder Störungen näher:

---

---

---

b) Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten? \_\_\_\_\_ Monate/Jahre

**2. Hat Ihr Kind Geschwister, Halbgeschwister, Pflege- oder Adoptivgeschwister?**

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

a) Sind die Geschwisterkinder bereits im Zentrum bekannt?     ja     nein

b) Besteht ein Adoptionsverhältnis oder Pflegeverhältnis?     ja     nein

*Falls für die Gesundheitsvorsorge eine Vormundschaft besteht, bitte eine Kopie der Bestallungsurkunde mitsenden.*

**4. Sind Entwicklungsstörungen oder andere Erkrankungen in der Familie bekannt?**

nein

ja, folgende: \_\_\_\_\_

---



### 5. Fragen zur Schwangerschaft:

- Sterilitätsbehandlung  ja  nein      Nikotin  ja  nein  
Fehlgeburten  ja  nein      Alkohol  ja  nein  
Seelische Belastung  ja  nein      Drogen  ja  nein  
Medikamente  ja  nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Komplikationen während der Schwangerschaft?  ja  nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### 6. Fragen zur Geburt

Erfolgte die Geburt

- zum Termin \_\_\_\_\_ Woche  
 zu früh \_\_\_\_\_ Woche  
 zu spät \_\_\_\_\_ Woche  
 spontan     Sektio     Zange     Saugglocke

Gewicht: \_\_\_\_\_(kg) Länge: \_\_\_\_\_(cm) KU \_\_\_\_\_(cm) Apgar \_\_\_\_\_

Nabelschnur-pH \_\_\_\_\_

Komplikationen während der Geburt?  nein  ja

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### 7. Komplikationen nach der Geburt

- Gelbsucht     Unruhe     Atemstörungen     Krämpfe     Trinkschwäche  
 Infektionen     sonstige

### 8. Bisherige Entwicklung (*Alter in Monaten/Jahren*)

Lächeln	_____	Erste Worte	_____
Gezieltes Greifen	_____	Erste kurze Sätze	_____
Drehen	_____	Trocken (tags/nachts)	_____
Freies Sitzen	_____	Sauber (tags/nachts)	_____
Krabbeln	_____	Selbstständiges Essen	_____
Freies Gehen	_____	Selbstständiges Anziehen	_____

Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand oder einen Rückschritt in der

Entwicklung gegeben?  nein  ja

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 9. Freizeit und Spielverhalten

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?  ja  nein

Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen?  ja  nein

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit Fernsehen, PC-Spielen oder ähnlichem? \_\_\_\_ (Std./Tag)

## 10. Therapien

Krankengymnastik  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ergotherapie  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Logopädie  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Psychomotorik  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Psychotherapie  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## 11. Geht Ihr Kind in den Kindergarten/in die Krippe?

nein  ja, seit \_\_\_\_\_ in einer  Regelgruppe  Integrationsgruppe.

## 12. Welche Schule/Sonderschule besucht Ihr Kind?

\_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Hat es eine Klasse wiederholt?  nein  ja, nämlich Klasse \_\_\_\_\_

## 13. Hatte Ihr Kind Vorerkrankungen/Krankenhausaufenthalte/Operationen?

nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

## 14. Nimmt Ihr Kind Medikamente?

nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

## 15. Welche Untersuchungen wurden bereits bei Ihrem Kind durchgeführt?

Augenarzt  HNO-Arzt  MRT  Orthopädie

EEG  psychologische Tests (*bitte senden Sie uns vorhandene Untersuchungsergebnisse vorab zu!*)

**16. Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin das gelbe Untersuchungsheft Ihres Kindes mit!**

**17: Bitte bringen Sie vorhandene Untersuchungsergebnisse-, Arztberichte und ein Foto Ihres Kindes zum ersten Termin mit! Danke!**

## 18. Weitere Anmerkungen:

---

---

**Danke!**



## Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten meines Kindes praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu seiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Die Daten meines Kindes dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Kinderärzte bzw. Kinder- und Jugendpsychiater übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die bei anderen Ärzten, Therapeuten, Kindertagesstätten und Schulen erhobenen Befunde und Untersuchungsergebnisse eingeholt bzw. eingesehen werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde und Empfehlungen des SPZ Dr. Flehmig GmbH an den überweisenden Kinderarzt bzw. Kinder- und Jugendpsychiater weitergegeben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

**Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten\*

\_\_\_\_\_  
\* Unterschreibt nur ein Elternteil, so erklärt es damit, dass es entweder alleine sorgeberechtigt ist oder dass das andere Elternteil über die Vorstellung informiert und damit einverstanden ist.