

Zentrum für Kindesentwicklung

Dr. Flehmig GmbH Sozialpädiatrisches Zentrum
Ärztliche Leitung: Dr. med. Matthias Schmutz



Zentrum für Kindesentwicklung
Rümkerstraße 15-17
22307 Hamburg

Telefon: 040 631 52 18
E-Mail: info@spz-hamburg.de
www.kindesentwicklung.de

Anmeldebogen mit Informationen zur Vorgeschichte des Kindes

(Bitte leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtstag: _____ ☐ weiblich ☐ männlich

Nationalität: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Gesetzl. Krankenversicherung: _____

Über wen ist das Kind versichert? _____

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 og. Anschrift): _____

Überweisung durch: _____

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

Datum: _____ Erziehungs-/Sorgeberechtigter: _____

(Unterschrift)

Fragestellung des überweisenden Arztes:

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

Zentrum für Kindesentwicklung

Dr. Flehmig GmbH Sozialpädiatrisches Zentrum

Ärztliche Leitung: Dr. med. Matthias Schmutz



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

☐ Kinderarzt ☐ Eltern ☐ Erzieher/Lehrer ☐ Sonstige

2. Welche Probleme hat Ihr Kind? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Wachstum, Fehlbildung ☐ Krampfanfälle ☐ Hörvermögen
☐ Ernährung ☐ Geistige Entwicklung ☐ Schlafstörung
☐ Sprachentwicklung ☐ Schulleistungen ☐ Körperbeherrschung /
☐ Sehvermögen ☐ sonstiges Bewegung

Emotionale- oder Verhaltensprobleme:

☐ Familiäre Belastung (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

3. 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: _____

Zentrum für Kindesentwicklung

Dr. Flehmig GmbH Sozialpädiatrisches Zentrum
Ärztliche Leitung: Dr. med. Matthias Schmutz



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? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

7. Komplikationen nach der Geburt

☐ Gelbsucht	☐ Unruhe	☐ Atemstörungen	☐ Krämpfe
☐ Infektionen	☐ Trinkschwäche	☐ 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? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

Zentrum für Kindesentwicklung

Dr. Flehmig GmbH Sozialpädiatrisches Zentrum
Ärztliche Leitung: Dr. med. Matthias Schmutz



9. Freizeit und Spielverhalten

- Kann sich Ihr Kind allein beschäftigen? ☐ ja ☐ nein
Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen? ☐ ja ☐ nein
Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit Fernsehen, PC-Spielen o.ä.? ____ (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 | | |

16. Untersuchungsunterlagen

Bitte bringen Sie Kopien der folgenden Unterlagen unbedingt zu Ihrem ersten Termin mit. Gerne können Sie uns Kopien auch schon im Voraus per Fax oder Mail zusenden.

- ☐ Überweisungsschein ☐ Versichertenkarte ☐ Mutterpass ☐ Vorsorgeheft
☐ Schulhefte/Zeugnisse ☐ ggf. vorhandene Befunde ☐ ggf. Zeichnungen

17. 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*

** Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung des Kindes im Zentrum für Kindesentwicklung einverstanden sind.*