

# FRÜHDIAGNOSEZENTRUM WÜRZBURG - SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Ambulanz für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten und Behinderungen

Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. H.M. Straßburg

Träger: Verein Frühdiagnosezentrum e.V.

Josef-Schneider-Straße 2, Haus C 5

97080 Würzburg

Telefon: 09 31/28 60 67

Telefax: 09 31/2 01-27858

## Fragebogen

Liebe Eltern,

im folgenden haben wir einige Fragen, die uns wichtig erscheinen, zusammengestellt. Wir haben versucht, sie so zu stellen, dass Sie möglichst wenig schreiben und z.T. nur ankreuzen brauchen.

---

Nachname/Vorname Ihres Kindes

---

Geburtsdatum

Telefonnummer/Fax

---

Ihre Anschrift - Postleitzahl, Ort, Straße

---

Landkreis

### Wer hat das Sorgerecht?

Eltern  Mutter  Vater  oder \_\_\_\_\_

Bei wem lebt das Kind? \_\_\_\_\_

### Überweisender Arzt?

---

Name

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

### Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen?

---

**In welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?** \_\_\_\_\_

Name und Geburtsdatum des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Name und Geburtsdatum des anderen Elternteils: \_\_\_\_\_

➔ **Das Wichtigste:**



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



➔ **Welche Hilfen erwarten Sie?**



**Gibt es besondere Fragestellungen behandelnder Ärzte, Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (z.B. Schule, Kindergarten)? Bitte fragen Sie nach!**

---

---

**Wir benötigen einige Angaben über die Vorgeschichte Ihres Kindes:**

**Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?**

Vorname:

---

---

---

---

---

Geburtsjahr:

---

---

---

---

---

**War bereits ein Geschwisterkind im Frühdiagnosezentrum?**

**Wenn ja, Name des Geschwisterkindes** \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

# Schwangerschaft und Geburt

**Gab es vorausgegangene oder nachfolgende Fehlgeburten oder Totgeburten?**

- Ja, im Jahr 19\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Schwangerschaftsmonat  Nein
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?**

- Ja,  Blutungen  Nein
- schweres Erbrechen
- Unfälle/Operationen
- Bluthochdruck
- fieberhafte Erkrankungen
- vorzeitige Wehen
- seelische Belastungen
- Alkohol
- täglich \_\_\_\_ Zigaretten
- andere Drogen
- Medikamente
- welche? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- sonstige Komplikationen \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin:**

- Ja
- Nein, sondern nur bis \_\_\_\_\_ Wochen vor dem Termin  
sondern bis \_\_\_\_\_ Wochen nach dem Termin

Die Geburt erfolgte im \_\_\_\_\_ Krankenhaus  
in \_\_\_\_\_ (Ort)

- zu Hause

**Gab es bei der Geburt Komplikationen oder Besonderheiten?**

- Ja
  Mehrlingsgeburt
  Nein
- Beckenendlage
- Störungen der kindlichen Herztöne
- Kaiserschnittentbindung
- Saugglocke
- grünes Fruchtwasser
- besonders lange Geburt
- andere \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?**

5 Minuten \_\_\_\_\_ 10 Minuten \_\_\_\_\_

**Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?**

\_\_\_\_\_ Gramm schwer und \_\_\_\_\_ cm lang, Kopfumfang bei Geburt \_\_\_\_\_ cm

**Zur Neugeborenenzeit (erste 4 Lebenswochen):**

War Ihr Kind anfangs auffällig blaß oder blau?

- Ja
  Nein

Mußte es in eine Kinderklinik verlegt werden?

- Ja, in \_\_\_\_\_
  Nein

\_\_\_\_\_

Dauer des stationären Aufenthaltes?

\_\_\_\_\_

War Ihr Kind auffällig gelb?

- Ja, Höhe des größten Bilirubinwertes? \_\_\_\_\_
  Nein

Mußte Ihr Kind beatmet werden?

- Ja, über \_\_\_\_\_ Tage
  Nein

Gab es in den ersten Lebenswochen Trinkprobleme?

- Ja
  Nein

Gab es sonstige besondere Krankheiten in den ersten Lebenswochen?

- Ja
  Nein

**Machte Ihnen in den ersten Lebenswochen sonst etwas Sorgen?**

- Ja,  auffallende Bewegungsarmut  Nein  
 auffallende Unruhe  
 häufiges Spucken  
 Stuhlverstopfung  
 Anfälle  
 Schreckhaftigkeit  
 häufiges Schreien  
 Sonstiges \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Krankheiten Ihres Kindes**

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

- Nein  
 Ja, \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Lebensjahr  
 \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Lebensjahr  
 \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Lebensjahr  
 \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_ Lebensjahr

**Wie verlief die Entwicklung?**

Erstes Lächeln	_____	Monate
Gezieltes Greifen	_____	Monate
Umdrehen von Rückenlage in Bauchlage	_____	Monate
Selbständiges Hinsetzen	_____	Monate
Selbständiges Gehen	_____	Monate
Erste 2 bis 3 sinnvolle Worte	_____	Monate
Erste Zwei- bis Dreiwortsätze	_____	Monate
Tagsüber sauber und trocken	_____	Monate
Nachts sauber und trocken	_____	Monate

**Besucht/e Ihr Kind einen Kindergarten?**

- Ja, und zwar vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Lebensjahr  Nein

**Welchen?**

- Regelkindergarten in \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

- Schulvorbereitende Einrichtung  Integrationskindergarten / Sonderkindergarten

- mit Tagesstätte

Welche? \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

**Gab/Gibt es dort Probleme?**

Ja, Nein**Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?** Ja, weil \_\_\_\_\_ Nein

Mein Kind besucht die \_\_\_\_\_ Klasse der Schule in \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Einschulungsjahr \_\_\_\_\_

**Schulform:** Grundschule       Hauptschule       Diagnose- und Förderklasse Förderschule/welche? \_\_\_\_\_ Heilpädagogische Tagesstätte \_\_\_\_\_ Weiterführende Schule

Stärken hat er/sie in \_\_\_\_\_

Schwächen/Probleme in \_\_\_\_\_

**Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule?** Ja, \_\_\_\_\_ Nein**Gibt es Verhaltensprobleme zu Hause?** Ja, \_\_\_\_\_ Nein**Was spielt Ihr Kind gerne?**


---



---



---

**Falls bei Ihrem Kind chronische Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen:**

Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten an anderer Stelle bereits untersucht?

Ja Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nein

**Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**

Ja, \_\_\_\_\_  Nein  
 \_\_\_\_\_

**Bekommt/bekam es schon eine spezielle Förderung?**

- Krankengymnastik nach Bobath von ..... bis .....
- Krankengymnastik nach Vojta von ..... bis .....
- Pädagogische Frühförderung von ..... bis .....
- Ergotherapie von ..... bis .....
- Heilpädagogik von ..... bis .....
- Sprachförderung oder Logopädie von ..... bis .....
- .....
- Sonstiges

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Sind Sie mit Ihrem Kind noch in einer zusätzlichen Betreuung, z.B. Arzt, Psychologe, Beratungsstelle?**

Ja, \_\_\_\_\_  Nein  
 wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?**

Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

**Hat Ihr Kind Anfälle?**

Ja, zuletzt \_\_\_\_\_  Nein  
 wie häufig \_\_\_\_\_  
 wie lange \_\_\_\_\_

wie sehen die Anfälle aus? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Unsere Sozialpädagoginnen können Sie in folgenden Bereichen beraten und unterstützen:**

- Informationen über sozialrechtliche Hilfen wie z.B. Pflegegeld, Behindertenausweis
- Entlastungsmöglichkeiten wie z.B. familienentlastende Dienste, Mutter-Kind-Kuren, Kinderkrankenpflege, sozialpädagogische Familienhilfe
- Informationen über Hilfsangebote anderer Institutionen der Behinderten- und der Jugendhilfe
- Kontakte zu gleich Betroffenen, z.B. Selbsthilfegruppen
- Probleme innerhalb der Familie wie z.B. finanzielle Sorgen, Arbeitslosigkeit, Suchterkrankungen, sonstige schwierige Lebensbedingungen

**Wünschen Sie eine entsprechende Beratung?**

Ja

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

Bitte fragen Sie Ihren Kinderarzt oder Hausarzt, ob er Ihnen einen Überweisungsschein ausstellt, **bevor** Sie uns diesen Fragebogen zurücksenden.

Bitte beachten Sie, dass wir verpflichtet sind, dem überweisenden Arzt einen Bericht zuzusenden.

Ich bin damit einverstanden, dass der überweisende Arzt einen Bericht über die Vorstellung meines Kindes im Frühdiagnosezentrum bekommt.

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des/der Sorgeberechtigten