

Zertifiziertes Epilepsiezentrum für Kinder u. Jugendliche
Tuberöse Sklerose Zentrum Berlin Brandenburg

Leitende Kinderärztin: Dr. med. Karen Müller-Schlüter
Fehrbelliner Str. 38
16816 Neuruppin
Telefon: 03391-39 - 3733
Telefax: 03391-39 - 3719
Mail: spz@ogd-neuruppin.de

Fragebogen zur Vorgeschichte des Kindes



Deutsche Gesellschaft für
Epileptologie e.V.
Deutsche Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie



Tuberoöse Sklerose
Deutschland e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihr Kind wurde bei uns im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) angemeldet oder in unserer Kinderklinik aufgenommen. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und uns rasch wieder zuzuschicken. Erst dann kann ein Termin vergeben werden.

Ihre Angaben werden von uns selbstverständlich entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht behandelt.

Name, Vorname des Kindes:

geb. am:

Name zum Zeitpunkt der Geburt (falls anders als heute):

Wohnort:

PLZ:

Kreis:

Straße, Haus-Nummer:

Telefon Nr. (Festnetz und wenn möglich auch Mobilnummer):

Email-Adresse:

Überweisender Arzt:

Wer hat Ihnen empfohlen, sich bei uns vorzustellen:

Haben Sie bereits versucht, sich in einem anderen SPZ / in einer Kinder- Jugendpsychiatrie anzumelden?

Welche Erkrankung / Sorge, Ihr Kind betreffend, führt Sie zu uns?

Schwangerschaft:

Das vorgestellte Kind entstammt der wievielten Schwangerschaft:		
Fehl- / Totgeburten:		
Eltern sind miteinander verwandt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Errechneter Geburtstermin:		

Probleme während der Schwangerschaft (zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. ergänzen):

- Keine
- vorherige Hormonbehandlung
- künstliche Befruchtung
- Erbrechen
- vorzeitige Wehen
- fehlende Kindsbewegungen
- Blutungen
- erhöhter Blutdruck
- Ödeme (geschwollene Beine)
- Schwangerschaftsdiabetes
- Infektionen
- Auffälligkeiten bei der Ultraschalluntersuchung
- seelische Belastung
- Medikamente
- Drogen – Alkohol – Zigaretten

andere:

Geburt:

Geburt wo (in welcher Klinik/ zuhause):		
In welcher Schwangerschaftswoche:		
Geburtsgewicht:	Geburtslänge:	Kopfumfang:
APGAR- Wert:	NapH-Wert:	

Besonderheiten unter der Geburt (zutreffendes bitte ankreuzen):

- keine
- vorzeitiger Blasensprung
- grünes Fruchtwasser
- Wehenschwäche
- schlechte Herztöne des Kindes
- Saugglocke / Geburtszange
- Kaiserschnitt

andere:

Neugeborenenzeit und Säuglingsalter

Behandlung in der Kinderklinik direkt nach der Geburt: (zutreffendes bitte ankreuzen):

nein ja, wo: _____ von – bis: _____

Anlass:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Phototherapie (Lichttherapie) |
| <input type="checkbox"/> bekam eine Bluttransfusion | <input type="checkbox"/> Blutaustausch |
| <input type="checkbox"/> Neugeborenenanfälle | <input type="checkbox"/> Atemaussetzer |
| <input type="checkbox"/> Infektionen | <input type="checkbox"/> Antibiotikatherapie |
| <input type="checkbox"/> Beatmung | |

andere:

Kindliche Auffälligkeiten nach der Geburt und in der Säuglingszeit (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> fehlender Blickkontakt |
| <input type="checkbox"/> war schlaff / bewegungsarm | <input type="checkbox"/> Koliken („Drei-Monatskoliken“) |
| <input type="checkbox"/> Unruhezustände/Schreien | <input type="checkbox"/> Fütterstörung |
| <input type="checkbox"/> Trinkschwäche | |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | |

sonstiges:

Stillen bis zum	Monat voll,	bis zum	Monat teilweise, Beikost ab	Monat
Ernährungsbesonderheiten:				
Gab es eine Hebammenbetreuung?		<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja, Name:	Dauer:	
Andere Hilfen (z.B. „Frühe Hilfen“, Familienhilfe)?		<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja, Name:	Dauer:	

Entwicklung des Kindes

Meilensteine der Entwicklung

Anlächeln ab					Lebensmonat
Krabbeln ab					Lebensmonat
Freies Sitzen ab					Lebensmonat
Freies Laufen ab					Lebensmonat
Erste Worte ab					Lebensmonat
Erste Sätze ab					Lebensmonat
Sauberkeit	tagsüber etwa ab		Lebensmonat	nachts ab etwa	Lebensmonat

Entwicklung insgesamt unauffällig auffällig

Gibt oder gab es in der Bewegung (Grobmotorik) Auffälligkeiten?

- Nein
- Ja, beim:
 - Laufen
 - Treppensteigen
 - Hüpfen
 - Klettern
 - Balancieren
 - Schaukeln
 - Ball fangen werfen
 - Laufrad
 - Dreirad fahren
 - Fahrrad ohne Stützräder
 - Schwimmen
 - Sonstige

Gibt oder gab es in der Handgeschicklichkeit (Feinmotorik) Auffälligkeiten?

- Nein
- Ja, beim:
 - Malen Umgang mit dem Stift
 - Perlen fädeln
 - Schneiden
 - Schleife binden
 - Knöpfe öffnen schließen
 - Umgang mit Besteck
 - Sonstige

Beobachteten / Beobachten Sie bei Ihrem Kind auffällige Bewegungsmuster?

- Nein
- Ja, (z.B. Stolpern, Zittern, Tics):

Gibt oder gab es in der Sprache Auffälligkeiten?

- Nein
- Ja, welche:
 - Aussprache
 - Grammatik
 - Wortschatz
 - Sprachverständnis
 - Sonstige

Ist das Kind mehrsprachig aufgewachsen?

- Nein
- Ja, welche:

Gibt oder gab es in der geistigen Entwicklung Auffälligkeiten?

- Nein
- Ja, welche:

Hat ihr Kind bereits erlernte motorische, sprachliche und kognitive Fähigkeiten wieder verlernt oder sich nicht weiterentwickelt?

- Nein
- Ja, welche:

Gibt oder gab es im Verhalten Auffälligkeiten?

- Nein
- Ja, welche:
 - soziale Beziehungen
 - Ängste
 - Stimmung
 - Wutausbrüche / Impulsivität
 - Konzentration
 - Angewohnheiten wie Nägelkauen/Nuckeln/Schaukeln u.a.
 - Sonstige

Vegetative Anamnese

Gibt oder gab es Auffälligkeiten bei:

- Ernährung
- Schlucken
- Schlafen
- Wasserlassen
 - Einnässen tags nachts wie oft:
- Stuhlgang
 - Verstopfung
 - Einkoten tags nachts wie oft:
- sonstige Beschwerden (Kopf-, Bauchschmerzen usw.):

Außerfamiliäre Betreuung

<input type="checkbox"/> Tagesmutter, von-bis:	Name:
<input type="checkbox"/> Krippe / Kita, von-bis:	Name:
<input type="checkbox"/> Integrationskita, von-bis: Integrationsstatus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name: Name der Heilpädagogin:
<input type="checkbox"/> Frühförderung, von-bis:	Name:
<input type="checkbox"/> Einzelfallhilfe, von-bis:	Name:
Gab oder gibt es Probleme?:	

Schule

Einschulungsjahr:	Name der Schule:
Rückstellung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum?	
Derzeit besuchte Schule:	Klasse:
<input type="checkbox"/> Regelschule <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Förderstatus / Förderschwerpunkt: <input type="checkbox"/> Förderstatus / Förderschwerpunkt beantragt	
Lieblingsfächer:	
Lernprobleme:	
Klassenwiederholung, <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum?	
Einzelfallhilfe / Schulbegleitung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name:	
Hortbesuch: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Tagesgruppe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name:	
Verhaltensauffälligkeiten in Schule / Hort / Tagesgruppe:	

Freizeit

Hobbys / Vereine:	
Stärken des Kindes:	
Rituale im Tagesablauf (Einschlafen usw.):	
Medienkonsum:	Dauer pro Tag:
<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Drogen	
sonstiges:	

Vor- / Erkrankungen des Kindes

<input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten: <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Erkältungskrankheiten, Bronchitis, Lungenentzündung:
<input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen:
<input type="checkbox"/> Schwere Magen- / Darmerkrankung <input type="checkbox"/> Gedeihstörung:
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung:
<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Hautleiden:
<input type="checkbox"/> Zeckenbiss (wann, wo lokalisiert):
<input type="checkbox"/> Hörstörung:
<input type="checkbox"/> Sehstörung:
<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe, andere Krampfanfälle:
andere Krankheiten / Unfälle (z.B. wann, wie häufig):
Stationäre Aufenthalte / Operationen (z.B. wann, weswegen, Name der Klinik):
Impfungen entsprechend den Impfeempfehlungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Probleme nach Impfungen:

Welche medizinischen Untersuchungen sind bei Ihrem Kind erfolgt?

Hörtest: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	wann:	wo:
Sehtest: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Computertomogramm (CT):	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> Kernspintomogramm (MRT):	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> EEG:	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> EKG / Herzultraschall:	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> andere:	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> Orthopäde:	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> Labor (Blut, Urin):	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> sonstige:		

Welche Untersuchungen zur Entwicklung (psychologische / psychiatrische o.ä.) sind bei Ihrem Kind erfolgt?

<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt:	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> Sonderpädagogik / Schule:	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> andere SPZs:	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> Kinder- Jugendpsychiatrie (stationär):	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> Kinder- Jugendpsychiatrie (ambulant):	wann:	wo:
<input type="checkbox"/> Psychologe / Psychotherapie:	wann:	wer:
<input type="checkbox"/> sonstige:		

Bitte bringen Sie zur Erstvorstellung alle Befunde / Untersuchungsergebnisse mit!
Gerne können Sie diese auch mit dem Fragebogen an uns senden.

Medikamente

Hat Ihr Kind schon einmal dauerhaft Medikamente einnehmen müssen?		
<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Name:	Dosis:	Zeitraum:
Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente ein?		
<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Name:	Dosis:	seit wann:

Welche Therapien sind bei Ihrem Kind bislang schon erfolgt, bzw. erfolgen noch

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> andere:	Zeitraum:	wo:
<input type="checkbox"/> Ergotherapie:	Zeitraum:	wo:
<input type="checkbox"/> Logopädie:	Zeitraum:	wo:
<input type="checkbox"/> Frühförderung:	Zeitraum:	wo:
<input type="checkbox"/> Psychotherapie:	Zeitraum:	wo:
<input type="checkbox"/> Lerntherapie:	Zeitraum:	wo:
<input type="checkbox"/> sonstige:		

Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Brille, seit wann:	Stärke:
<input type="checkbox"/> Hörgerät, seit wann:	
<input type="checkbox"/> Zahnspange, seit wann:	
<input type="checkbox"/> orthopädische Hilfsmittel (z.B. Einlagen, Orthesen), seit wann:	
<input type="checkbox"/> Rollstuhl, seit wann:	
<input type="checkbox"/> unterstützte Kommunikation (z.B. Talker, PECS), seit wann:	
<input type="checkbox"/> sonstige:	

Familiäre Situation

	Mutter	Vater
Familienname		
Geburtsname		
Vorname		
geb. am		
PLZ, Wohnort		
Straße, Nr.		
Schulbildung		
erlernter Beruf		
ausgeübter Beruf (Voll- /Teilzeit / Schicht)		
Arbeitslosigkeit		
Die Eltern leben	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Bei wem lebt Ihr Kind?		
Besteht regelmäßiger Kontakt zu beiden Eltern? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft:		
Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> Beide Eltern <input type="checkbox"/> geteiltes Sorgerecht <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Vormund (Name / Adresse / Telefon):		
Abweichende Regelungen (Aufenthaltsbestimmung / Gesundheitsfürsorge):		
Pflege- / Adoptionsverhältnis seit		

<p>Wohnsituation:</p> Zufriedenstellend <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein, weil: Behindertengerecht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil:

<p>Finanzielle Härten durch die Erkrankung des Kindes:</p> <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, weil:

Geschwister

(in der Reihenfolge ihrer Geburt. Halbgeschwister, Pflege oder Adoptivkinder bitte vermerken)

Name:	geb.:	Entwicklung auffällig? Krankheiten?	Lebt im gleichen Haushalt? Pflege- oder Adoptivkind?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Unterstützende Maßnahmen

<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis, seit wann:	GdB:	Merkzeichen:
<input type="checkbox"/> Pflegestufe / Pflegegrad:		
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle, von-bis:		
<input type="checkbox"/> Familienhilfe, von-bis:		
<input type="checkbox"/> Einzelfallhilfe, von-bis:		
<input type="checkbox"/> Familientherapie, von-bis:		
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

Erkrankungen bei Familienangehörigen / Verwandten

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen / Auffälligkeiten wie die Ihres Kindes **bei Familienangehörigen** oder näheren Verwandten auch aufgetreten? Wenn ja, bei wem und was?

Sind bei Familienangehörigen / Verwandten unten genannte Krankheiten aufgetreten (zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen: <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne <input type="checkbox"/> Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Hirntumore <input type="checkbox"/> Schlaganfälle <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen:
<input type="checkbox"/> Behinderungen: <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> körperlich
<input type="checkbox"/> Psychische / psychiatrische Erkrankungen:
<input type="checkbox"/> Sehstörungen:

Hörstörungen:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck):

Erkrankungen der Atmungsorgane (z.B. Asthma):

Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Nierenerkrankung):

Orthopädische / rheumatische Erkrankungen:

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüse):

Allergien:

Sonstige:

Wie sehr belasten Sie die Auffälligkeiten / Erkrankungen Ihres Kindes?

Welche Art von Hilfe erwarten Sie vom SPZ?

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: Mutter - Vater - anderen:

Datum:

Unterschrift:

Einen **Termin** in unserer Sprechstunde erhalten Sie, **nachdem der Fragebogen** bei uns **eingegangen ist**.

Es ist hilfreich, bereits bei der ersten Vorstellung des Kindes Befunde vorliegen zu haben. Wir bitten Sie deshalb, soweit in Ihrem Besitz oder erreichbar, diese mit dem Fragebogen mitzuschicken oder bei der Erstvorstellung mitzubringen bzw. uns die beigefügte Vollmacht zu unterschreiben, um ggf. wichtige Befunde anfordern zu können.

Eine Einbeziehung Ihres betreuenden Arztes bei der Beantwortung des Fragebogens kann für Sie und uns wesentliche zusätzliche Informationen bringen und ist deshalb günstig.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe beim Beantworten der Fragen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Karen Müller-Schlüter
FÄ Kinder- und Jugendmedizin
Neuropädiatrie / Epileptologie
Leitende Ärztin SPZ

Für getrennt lebende Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht:

Ich verpflichte mich, das sorgeberechtigte andere Elternteil darüber zu informieren, dass mein Kind zur Diagnostik vorgestellt und ggfs. behandelt wird.

Datum:

Unterschrift:

Einverständnis zum Emailverkehr:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Übermittlung von Terminen, Informationen und Anfragen durch das SPZ per Email.

Datum:

Unterschrift:

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) an der Ruppiner Kliniken GmbH

(Leitende Ärztin: Dr. med. Karen Müller-Schlüter)

Fehrbelliner Str. 38, 16816 Neuruppin Tel.: 03391-393733 Fax: 03391-393719 Email: spz@ogd-neuruppin.de

Befundanforderung

Ich bitte um Übersendung der Befunde/Unterlagen/Epikrisen

meines Kindes, geb.,

wh.

an das Sozialpädiatrische Zentrum an der Ruppiner Kliniken GmbH.

Datum:

Unterschrift:

Name, Vorname: