

Aufnahmefragebogen

Zentrum für Kindesentwicklung e.V. Berlin, Ritterstr. 3, 10969 Berlin, Tel. 030698141-0

Um Sie auf unsere Warteliste aufnehmen zu können, benötigen wir bitte Ihre möglichst ausführlichen Informationen sowie unbedingt das Einverständnis Ihres Kinderarztes / Ihrer Kinderärztin auf Seite 6 am Ende des Bogens.

Name des Kindes: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____

Wohnt bei: _____

Krankenkasse des Kindes: _____

Über wen ist das Kind versichert: _____

Vor- und Nachname 1. Sorgeberechtigte/r: _____

Geburtsdatum: _____ Sprache / Nationalität: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Tel. mobil / Email-Adresse: _____

Vor- und Nachname 2. Sorgeberechtigte/r: _____

Geburtsdatum: _____ Sprache / Nationalität: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Tel. mobil / Email-Adresse: _____

Ist Ihr Kind ein Pflege- oder Adoptivkind? Nein Ja

Pflege- bzw. Adoptionsverhältnis seit: _____

Name, Adresse und Tel.Nr. der Pflege- / Adoptiveltern / Pflegeeinrichtung / gesetzl. Vormund:

Wer lebt im Haushalt zusammen?

Weitere Kinder im Haushalt (Name, Geschlecht und Alter der Geschwister):

Wohnsituation: _____

Benötigen Sie für Elterngespräche einen Dolmetscher? In welcher Sprache?

I) Warum möchten Sie Ihr Kind vorstellen?

Gibt es in der **Bewegung** (Grobmotorik) Auffälligkeiten?

- Nein Ja, beim Laufen Springen Schaukeln Klettern
 Balancieren Ballspiel Sonstige: _____

Gibt es in der **Handgeschicklichkeit** (Feinmotorik) Auffälligkeiten?

- Nein Ja, beim Malen Schneiden Anziehen Schleife binden
 Besteck halten Ball fangen/werfen
 Sonstige: _____

Gibt es in der **Sprache** Auffälligkeiten?

- Nein Ja, bei Aussprache Grammatik Wortschatz Sprachverständnis

Gibt es Auffälligkeiten beim **Spielen / Lernen**?

- Nein Ja, nämlich Wutausbrüche Ängstlichkeit
 Verweigerung Konzentrationsprobleme
 fehlende Ausdauer Unruhe
 Schulleistungsprobleme Schulunlust
 Aufgabenverständnis Sonstige: _____

Gibt es Probleme im **Verhalten / in der Stimmung**?

- Nein Ja, nämlich Wutausbrüche Ängstlichkeit
 Unruhe Konzentration Tics
 Kontakt mit Gleichaltrigen Nägelkauen
 Sonstige: _____

Gibt es Probleme bei der **Erziehung**?

- Nein Ja, nämlich: _____

Gibt es **körperliche Beschwerden**?

- Nein Ja, nämlich Sehen Hören Einkoten Einnässen
 Anfälle Kopfschmerzen Bauchschmerzen
 Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
 Ernährungsprobleme/ Essstörungen Sonstige: _____

Von wem wurde die Vorstellung empfohlen (Adresse / Tel.Nr.)?

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

II) Fragen zu Untersuchungen und Behandlungen des Kindes

Wer behandelte Ihr Kind seit der Geburt?

Name z.B. Haus- / Kinderarzt, Klinik, Kureinrichtung	Adresse Tel.Nr.	Zeitraum Von bis	Wegen welcher Erkrankung, Probleme

Therapien: Mein Kind hat / hatte bereits folgende Therapien:

Therapie / Förderung	Name, Adresse, Tel.Nr.	Zeitraum Von bis	Wegen welcher Erkrankung / Probleme
Physiotherapie			
Ergotherapie			
Logopädie			
Psychotherapie / Spieltherapie / Musiktherapie			
Förderunterricht in der Schule			
Soziale Gruppe, Familienhilfe, Einzelfallhilfe o.ä.			
Sonstige			

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

Untersuchung / Test	Datum	Arzt	Adresse
Hörprüfung			
Sehprüfung			
Psychologischer Test			
Röntgen			
Computertomogramm			
EEG			
MRT			
Ultraschall Kopf			
Orthopädische Untersuchung			
Andere			

Gibt es bei Ihnen als Eltern oder sonst in der näheren Verwandtschaft **besondere oder chronische Krankheiten**?

Nein Ja, nämlich _____

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon bei anderen Familienmitgliedern vorgekommen?

Nein Wenn ja, welche? Bei wem? _____

Bekommt / bekam Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein Ja, nämlich _____ in der Dosis _____
 _____ in der Dosis _____
 _____ in der Dosis _____

Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?

Nein
 Ja, nämlich Brille Hörgerät / CI spezieller Kinderwagen
 Mundplatte Zahnklammer spezielles Dreirad oder Fahrrad
 Reha-Bett Laufhilfe Stehständer oder ähnliches
 Rollstuhl sonstige: _____

Benutzt Ihr Kind orthopädische Hilfen wie Orthesen, Schienen, Korsetts, Einlagen usw.?

Nein Ja, nämlich _____

Hatte Ihr Kind häufige Infektionskrankheiten, Unfälle oder Operationen?

III) Welche Betreuung hatte / welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind seit der Geburt?

Name der Einrichtung, z.B. Großeltern, Tagesmutter, Kindertagesstätten, Schulen, Hort, Familienhelfer	Aktueller Ansprechpartner, Tel.Nr., ggf Adresse	Zeitraum Von bis

Weitere Angaben zum Kind:

Hat Ihr Kind einen Integrationsstatus? Nein Ja Typ A Typ B

Welchem Paragraphen ist Ihr Kind zugeordnet? Nein Ja § 35 a SGB VIII
 § 53 Abs 1 SGB XII § 53 Abs 2 SGB XII

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?

Nein Ja, Grad der Behinderung: _____ %; Buchstabe: ____ / ____ / ____ / ____

Hat Ihr Kind eine Pflegestufe?

Nein Ja, Stufe: I II III

Hat Ihr Kind einen sonderpädagogischen Schwerpunkt in der Schule?

Nein Ja, nämlich Lernen Sprache
 motorische Entwicklung geistige Entwicklung
 soziale und emotionale Entwicklung

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) / Diagnostik- und Beratungszentrum Vivantes (DBZ):

Wurde Ihr Kind bereits in einem anderen SPZ oder im DBZ vorgestellt?

Nein
 Ja: Wann zuletzt? Verfügen Sie über einen Bericht / Arztbrief?

Genauere Beschreibung der Auffälligkeiten Ihres Kindes:

Bitte beschreiben Sie uns die aktuellen Probleme in Ihren eigenen Worten:

Was haben wir noch nicht besprochen?

Hiermit bestätigen wir die **Richtigkeit der angegebenen Daten** auf den Seiten 1 bis 5 und stimmen der **Speicherung und Verarbeitung dieser personenbezogenen Daten** auf den Seiten 1 bis 6 dieses Aufnahmefragebogens im Zentrum für Kindesentwicklung e.V. (KJA/SPZ) Kreuzberg zu. Die Zustimmung kann jederzeit, jedoch ausschließlich nur für die Zukunft, schriftlich gegenüber dem Zentrum für Kindesentwicklung e.V. (KJA/SPZ) Kreuzberg widerrufen werden. Berlin, den _____

1. Sorgeberechtigte/r

2. Sorgeberechtigte/r

Einverständniserklärung des Kinderarztes zur Anmeldung im Zentrum für Kindesentwicklung e.V. (KJA/SPZ)

Vor- und Nachname des Kindes/Jugendlichen:

Geburtsdatum des Kindes: _____

Für die Anmeldung im Zentrum für Kindesentwicklung e.V. benötigen wir vorab das Einverständnis Ihres Kinderarztes auf diesem Fragebogen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Kinderarztes / der Kinderärztin

Einen Überweisungsschein brauchen wir erst zum 1. Termin bei uns im Zentrum!

Wir danken Ihnen abschließend sehr für Ihre Mühe!

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der KJA / SPZ Zentrum für Kindesentwicklung e.V. Berlin