

## 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?**

---

→ **Bitte diese Seite Unterschreiben lassen vom Kinderarzt/-ärztin!**

**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