

## **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 / E-Mail-Adresse:

**Vor- und Nachname 2. Sorgeberechtigte/r:**

Geburtsdatum:

Sprache / Nationalität:

Adresse:

Beruf:

Tel. mobil / E-Mail-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?**

Bewegungsprobleme

Verhalten / Erziehung

Intelligenzentwicklung / Schulleistungen

Sprachentwicklung

Hören / Sehen

Wachstum / Ernährung

Sonstiges

**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			



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 Paragrafen ist Ihr Kind zugeordnet? Nein Ja § 35 a SGB VIII

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis? § 53 Abs 1 SGB XII § 53 Abs 2 SGB XII

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 folgende Seite 6 unterschreiben lassen vom Kinderarzt!**

**Wir danken Ihnen abschließend sehr für Ihre Mühe!**

**Mit freundlichen Grüßen**

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

**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