



Sozialpädiatrische Anamnese

Liebe Eltern,

heute sehen wir Ihr Kind zur Verlaufskontrolle.

Möglicherweise hat sich seit der letzten Vorstellung manches in der Versorgung und bei den Therapien Ihres Kindes geändert, was uns noch nicht bekannt ist.

Sie würden uns sehr helfen, indem Sie diesen Fragebogen ausfüllen.

Name des Kindes

Name, Vorname

Geb.-Datum

Ausgefüllt von

Name, Vorname

Datum

Mutter

Vater

Betreuer

Weitere

Medikamente

Wir haben Ihnen den Medikationsplan Ihres Kindes, wie er uns vorliegt, beigefügt: Stimmt dieser mit den Medikamenten, die Ihr Kind tatsächlich erhält, überein?

ja

nein

falls nein, machen Sie bitte Notizen auf dem Medikationsplan!

Mein Kind erhält

Frühförderung

nein

ja, in folgender Praxis _____

Logopädie

nein

ja, in folgender Praxis _____

Ergotherapie

nein

ja, in folgender Praxis _____

Physiotherapie

nein

ja, in folgender Praxis _____

Psychotherapie

nein

ja, in folgender Praxis _____

Sonstige Therapien

nein

ja, und zwar _____

Mein Kind besucht

den Kindergarten

nein

ja, f. Kindergarten _____

Schule

nein

ja, folgende Schule _____

Mein Kind hat einen Integrationsplatz in Schule/Kindergarten

Mein Kind fühlt sich wohl in Kindergarten/Schule

Ich finde, dass mein Kind in Kindergarten/Schule gut aufgehoben ist und gut gefördert wird

ja

nein

Kommentar



Hilfsmittel

- Brille nein ja
- Hörgerät nein ja
- Orthesen nein ja, welche _____
- Rollstuhl nein ja
- Geh- oder Stehhilfe nein ja
- Monitor nein ja
- Sauerstoff nein ja
- Sonstige Hilfsmittel nein ja
- Mein Kind hat einen Schwerbehindertenausweis nein ja, Grad d. Behinderung _____

Ernährung

- vom Tisch nein ja
- Spezialnahrung nein ja, und zwar _____

Mitbetreuung durch folgende Spezialabteilungen/Ärzte:

- Frühförderung nein ja, in folgendem SPZ _____
Letzter Termin dort war (Monat/Jahr) _____
Eine Wiedervorstellung soll erfolgen (Monat/Jahr) _____
- Orthopäde nein ja, f. Arzt/Ärztin _____
Letzter Termin dort war (Monat/Jahr) _____
Eine Wiedervorstellung soll erfolgen (Monat/Jahr) _____
- Endokrinologie nein ja, f. Arzt/Ärztin _____
Letzter Termin dort war (Monat/Jahr) _____
Eine Wiedervorstellung soll erfolgen (Monat/Jahr) _____
- Kardiologie nein ja, f. Arzt/Ärztin _____
Letzter Termin dort war (Monat/Jahr) _____
Eine Wiedervorstellung soll erfolgen (Monat/Jahr) _____



Gastroenterologie nein ja, in folgendem SPZ _____
Letzter Termin dort war (Monat/Jahr) _____
Eine Wiedervorstellung soll erfolgen (Monat/Jahr) _____

Urologie nein ja, f. Arzt/Ärztin _____
Letzter Termin dort war (Monat/Jahr) _____
Eine Wiedervorstellung soll erfolgen (Monat/Jahr) _____

Kinder- und Jugendpsychiater nein ja, f. Arzt/Ärztin _____
Letzter Termin dort war (Monat/Jahr) _____
Eine Wiedervorstellung soll erfolgen (Monat/Jahr) _____

HNO nein ja, f. Arzt/Ärztin _____
Letzter Termin dort war (Monat/Jahr) _____
Eine Wiedervorstellung soll erfolgen (Monat/Jahr) _____

Augenarzt nein ja, f. Arzt/Ärztin _____
Letzter Termin dort war (Monat/Jahr) _____
Eine Wiedervorstellung soll erfolgen (Monat/Jahr) _____

Zahnarzt nein ja, f. Arzt/Ärztin _____
Letzter Termin dort war (Monat/Jahr) _____
Eine Wiedervorstellung soll erfolgen (Monat/Jahr) _____

Sonstige _____

Sonstiges

Trägt Ihr Kind Windeln? nein ja

Wird Ihr Kind katheterisiert? nein ja

Schläft Ihr Kind nachts gut? nein ja

Leidet Ihr Kind an Verstopfung oder Durchfällen? nein ja



Stationäre Aufenthalte / Reha

Seit der letzten Vorstellung in der Kinderarztpraxis war mein Kind im Krankenhaus oder hat an einer Reha/ Kur teilgenommen

nein ja

Falls ja: Wo und weshalb?

Familie

In den letzten Monaten gab es Veränderungen in unserer Familie (z.B. Umzug, Geburt eines Geschwisterkindes, schwere Erkrankung oder Verlust eines engen Angehörigen, Trennung)

nein ja

und zwar

Wir fühlen uns als Familie gut unterstützt

ja nein

Haben Sie Interesse an einer Rehamaßnahme für Ihr Kind?

nein ja

In folgenden Bereichen benötigen wir mehr Unterstützung
