



Sozialpädiatrisches Zentrum

Ärztliche Leiterin: Dr. med. Svenja Schirmer
Starkenburgring 66, 63069 Offenbach
Telefon 069 8405-4322, Telefax 069 8405-4447
E-Mail: spz-sof@sana.de



Eingangsstempel:

Terminplanung

Fragebogen zur Erstvorstellung Ihres Kindes im SPZ Offenbach

- Bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie die Fragen. Sie helfen uns damit bei der Planung und Behandlung Ihres Kindes. Selbstverständlich fallen alle Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht und werden ohne Ihre Einwilligung nicht weitergegeben.
- Die Terminvergabe erfolgt nur nach Eingang des Fragebogens.
- Bitte zu jeder Vorstellung das Vorsorgeheft, den Impfausweis und bisherige Arztberichte mitbringen.

Voraussetzung für die Untersuchung Ihres Kindes ist eine Überweisung durch einen zugelassenen Arzt für Kinder- und Jugendmedizin! (Kinder über 12 Jahre auch Allgemeinarzt)

Personalien

Familiennamen des Kindes: Vorname des Kindes: O m O w

Geburtsdatum / Geburtsort des Kindes:

Name der Mutter: Geburtsdatum:.....

Name des Vaters: Geburtsdatum:.....

Anschrift:

Sorgeberechtigte:

Telefon Mutter: Handy Mutter:

Telefon Vater: Handy Vater:

E-Mail Mutter: E-Mail Vater:

Krankenkasse des Kindes:

Name des Hauptversicherten:..... Geburtsdatum:.....

Aktueller Vorstellungsgrund

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns? Beschreiben Sie bitte kurz, was Ihnen an Ihrem Kind auffällt und wann Sie dies erstmals beobachtet haben:

.....
.....



Von wem ist die heutige Vorstellung in unsere Einrichtung erwünscht bzw. veranlasst?

Eltern o Arzt o Erzieher o Lehrer o Therapeut o Sonstige o

Überweisender Kinderarzt:.....

Anliegen der Eltern – welche Probleme sehen Sie?

Entwicklungsauffälligkeiten (z.B. Motorik, Sprache, Verhalten):

Körperliche Auffälligkeiten (Erkrankungen, Anfallsleiden, Bewegungsstörungen):

Verhaltensauffälligkeiten (z.B. zu Hause, in der Einrichtung, im Umfeld):

Auffälligkeiten im Lern- und Leistungsbereich (in welcher Schule, Schultyp?):

Sind oder waren Sie wegen dieser Probleme in einer anderen Einrichtung in Behandlung/Betreuung?
Wo und wann? (Bitte Unterlagen und Befunde beifügen)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten