

Familienfragebogen SPZ Stuttgart

Klinikum Stuttgart

vergeben an:

Eingang am:

Olgahospital

Sozialpädiatrisches Zentrum

Termin am:

verschickt über:

Kriegsbergstr.62

70174 Stuttgart

Tel. 0711 278-72760

Fax: 0711 278-72429

E-Mail: spz@klinikum-stuttgart.de

Liebe Eltern,

bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen einen **Untersuchungstermin** erst dann nennen können, wenn uns dieser **FRAGEBOGEN ausgefüllt** vorliegt.

Kind:	Name	Vorname	Geburtsdatum	weiblich ☐
				männlich ☐
Mutter:	Name	Vorname	Geburtsdatum	
Vater:	Name	Vorname	Geburtsdatum	
Anschrift:	Straße/ Hausnummer		PLZ/ Ort	
Telefonnummer:	Mobil		Festnetznummer	
Emailadresse:				
Kostenträger:				
O gesetzliche Krankenkasse: _____ O privat: _____ O Sozialamt				
(Achtung: Bei Kostenträger Sozialamt ist vorab eine schriftliche Zusage der Kostenübernahme notwendig)				
War ein Geschwisterkind schon hier im SPZ: ☐ nein ☐ ja:				
Name/ Geburtsdatum Geschwisterkind				
Wird ein Dolmetscher benötigt? ☐ nein ☐ ja Sprache:				

Vom überweisenden (Kinder-)Arzt/Ärztin unbedingt vorher auszufüllen:
Diagnosen / Fragestellungen:

Stempel/Unterschrift

Weshalb wollen Sie Ihr Kind bei uns vorstellen? (Probleme/Fragen/Sorgen?) Bitte beschreiben Sie ausführlich:

Bitte füllen Sie Folgendes für uns so genau wie möglich aus:

Verlauf der Schwangerschaft:

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft ☐ nein ☐ ja, welche:

Nahmen Sie/ hatten Sie während der Schwangerschaft

1) Erkrankungen? ☐ nein ☐ ja, welche: (z.B. auch Schilddrüse/Diabetes/Bluthochdruck)

2) Medikamente? ☐ nein ☐ ja, welche:

3) Zigaretten? ☐ nein ☐ ja, wann und wieviel/Tag:

- 4) Alkohol? ☐ nein ☐ ja, was und wieviel/Tag:
 5) Drogen? ☐ nein ☐ ja, welche:
 6) Seelische oder berufliche Belastungen? ☐ nein ☐ ja, welche:

Angaben zur Geburt (z.B. aus gelbem Vorsorgeheft):

Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche Geburtsklinik:
 Gewicht: _____ Länge: _____ Kopfumfang: _____ APGAR: I _____ I _____ Nabelschnur PH:
 Geburtsmodus: ☐ Spontangeburt ☐ geplanter Kaiserschnitt ☐ ungeplanter Kaiserschnitt
 Probleme während/nach der Geburt:
 (z.B. Kinderklinikaufenthalt/Beatmung?)

Auffälligkeiten in Säuglings-/ Kleinkindzeit:

Wurde Ihr Kind gestillt? ☐ nein ☐ ja, wie lange:
 Gab es Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr? ☐ nein ☐ ja:
 (z.B. Trinkschwierigkeiten, häufiges Erbrechen, extremes Schreien, Schlafprobleme, 3-Monatskoliken?)

Entwicklungsdaten:

freies Gehen mit:
 Erste Worte mit : _____ 2-Wortsätze mit:
 Familiensprache/n: _____ Deutsch ab wann?
 „sauber und trocken sein“: tagsüber: _____ nachts:
 Sonstige Auffälligkeiten:

Gesundheit Ihres Kindes:

Bisherige Erkrankungen:

Häufige Ohrinfekte? nein ☐ ja:
 Krampfanfälle: nein ☐ ja:
 Krankenhausaufenthalte: nein ☐ ja:
 Unfälle/OPs: nein ☐ ja:
 Allergien:

Medikamente:

Hilfsmittel: (Brille, Einlagen, Hörgeräte, Rollstuhl o.ä.)

Bisherige Diagnostik/ Untersuchungen bei Ihrem Kind: (bitte unbedingt Berichte mitschicken!)

Hörtest bei HNO zuletzt: _____ Augenarzt zuletzt:
 Pädaudiologie Untersuchung?
 EEG: nein ☐ ja: (wann?)
 MRT: nein ☐ ja: (wovon und wann?)
 Sonstige Untersuchungen:

Welche anderen Beratungen oder Hilfen wurden in Anspruch genommen? (Frühförderstelle, anderes SPZ, Sonderpädagogischer Dienst, Beratungslehrer etc.?) (bitte unbedingt Berichte mitschicken!)

Bisherige Therapien/ Fördermaßnahmen: (bitte Berichte mitschicken)			
Physiotherapie (KG)	nein ☐	ja ☐	wann?
Logopädie	nein ☐	ja ☐	wann?
Ergotherapie	nein ☐	ja ☐	wann?
Psychotherapie	nein ☐	ja ☐	wann?
Sonstiges:	nein ☐	ja ☐	wann?
Unterstützende Maßnahmen (z.B. Jugendamt/ Integrationskraft/ Frühförderung):			
Sozialrechtliches: nein ☐ ja ☐			
Schwerbehindertenausweis GdB:		gültig bis:	Merkzeichen:
Pflegegrad:		gültig bis:	
Umweltfaktoren und Familienanamnese:			
Leben die Eltern zusammen? ☐ ja ☐ nein		wo? in Wohnung/Haus/Wohnheim?	
Beruf/stätigkeit Mutter:			
Berufs/tätigkeit Vater:			
Sorgerecht: ☐ gemeinsam ☐ alleiniges Sorgerecht bei:			
Geschwister: (Geschlecht, Alter)		Fehlgeburten/verstorbene Geschwister? ☐ nein ☐ ja:	
Gesundheit der Familie:			
Sind die Eltern miteinander verwandt?		nein ☐	ja:
Erkrankungen in der Familie:		nein ☐	ja:
Psych. Belastungen:		nein ☐	ja:
Gibt/gab es ähnliche Probleme wie bei Ihrem Kind auch bei anderen Personen in der Verwandtschaft?			
Angaben zu Kindergarten:			
Kita/ Kindergarten:			
Beginn im Alter von:			
Gibt/ Gab es Probleme? wenn ja, welche?			
Schulischer Werdegang:			
Besuch einer Grundschulförderklasse?		nein ☐	ja ☐
Rückstellung/ Wiederholung einer Klasse?		nein ☐	ja ☐
Welche Klasse aktuell?			
Welche Schule?			
Gibt/ Gab es Probleme? wenn ja, welche?			

Unterschrift zum Datenschutz auf Seite 4 bitte nicht vergessen.

Falls Ihr Kind bereits die Schule besucht, bitte auch die ausgefüllten **Schulfragebögen** (Download auf unserer Homepage) mitschicken.

Einwilligung im Rahmen der Patientenbehandlung im Klinikum Stuttgart

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage und zur Durchführung des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen. Einzelheiten zum Datenschutz können Sie der Patienteninformation gem. Art. 13 und 14 DSGVO auf unserer Homepage unter Datenschutz oder dem rechts stehenden QR-Code entnehmen.



Für die Kommunikation per SMS oder E-Mail benötigen wir Ihre Einwilligung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit schriftlich oder in Textform mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Hierfür entstehen keine Kosten und es ist keine Angabe von Gründen erforderlich. Bitte wenden Sie sich hierfür an das Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gKAöR, Kriegsbergstraße 60, 70174 Stuttgart oder schreiben Sie eine E-Mail an betroffenenrechte@klinikum-stuttgart.de

Kommunikation via E-Mail / SMS

Mir ist bekannt, dass die Datenversendung via E-Mail oder SMS in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind dabei nicht vor dem Zugriff unberechtigter Personen geschützt. Es besteht die grundsätzliche Gefahr, dass Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden. In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich dem Klinikum Stuttgart hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, Gesundheitsdaten mit Bezug auf meine Person

☐ via E-Mail: _____ ☐ via SMS über folgende Tel.-Nr.: _____

ohne weitere Sicherungsmaßnahmen an

☐ mich ☐ vor-/nach- oder mitbehandelnde Ärzte ☐ Verrechnungsstellen

☐ andere von mir nachweislich bevollmächtigte Personen (Name, Anschrift):

(Name und Anschrift der bevollmächtigten Personen)

zu versenden und solche Daten von diesen auf gleichem Weg zu empfangen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum:

Name Erziehungsberechtigte(r):

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r):

Geschafft ☺ Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Ihr SPZ-Team