

Anmeldeformular



Leitende Ärztin: Dr. Dorothee Veer
Lingener Str. 5 | 49716 Meppen

T 05931 152-1730 | E spatz@ludmillerstift.de

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Telefon/ Mobil _____
E-Mail _____

1. Angaben zu den Eltern

Vor- und Nachname der Mutter _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____ alleinerziehend? ja

Vor- und Nachname des Vaters _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____ alleinerziehend? ja

verheiratet getrennt lebend geschieden Lebensgemeinschaft

Sorgerecht: gemeinsam bei der Mutter bei dem Vater
beim Jugendamt (Einverständniserklärung beifügen)

Name des Vormundes (wenn eingesetzt) _____

2. Angaben zu den Adoptiveltern Pflegeeltern Stiefvater/Stiefmutter

Vor- und Nachname der Mutter _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____ alleinerziehend? ja

Vor- und Nachname des Vaters _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____ alleinerziehend? ja

verheiratet getrennt lebend geschieden Lebensgemeinschaft

2.1 Falls das Kind in einer Einrichtung der stationären Kinder- und Jugendhilfe oder Pflegefamilie lebt:

Name der Einrichtung, Familie _____

Aufnahmedatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Ansprechpartner _____

3. Namen der Geschwister, Geburtsdatum, Kindergarten/Schule/Beruf

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

Familiensprache:

4.0 Wer hat die Vorstellung bei uns empfohlen?

- Arzt Schule/ KIGA Therapeut Eigeninitiative Sonstiges

4.1 Weshalb möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen lassen?

4.2 Seit wann bestehen Schwierigkeiten?

4.3 Bestehen zum Beispiel Schwierigkeiten:

- | | | | |
|----------|--|--|--|
| beim | <input type="checkbox"/> Krabbeln | <input type="checkbox"/> Laufen | <input type="checkbox"/> Hüpfen |
| beim | <input type="checkbox"/> Greifen | <input type="checkbox"/> Malen | <input type="checkbox"/> Basteln |
| beim | <input type="checkbox"/> Sprechen | <input type="checkbox"/> Verstehen | <input type="checkbox"/> Schreiben |
| bei/beim | <input type="checkbox"/> Rechtschreibung | <input type="checkbox"/> Lesen | <input type="checkbox"/> Rechnen |
| in der | <input type="checkbox"/> Ausdauer | <input type="checkbox"/> Konzentration | |
| mit | <input type="checkbox"/> Geschwistern | <input type="checkbox"/> anderen Kindern | <input type="checkbox"/> Erwachsenen/Lehrern |

Weiter Seite 3

4.4 Bitte machen Sie weitere Angaben zum Verhalten Ihres Kindes

trifft zu	trifft nicht zu	Mein/Unser Kind...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	klagt häufig über Bauchschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	klagt häufig über Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wehrt sich gegen Essen, es isst ungerne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	isst übermäßig viel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nässt oder kotet manchmal ein („macht die Hose voll“)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wacht nachts auf und hat Angst (z.B. Alpträume)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schläft häufig im elterlichen Bett
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kann sich fast gar nicht selbst beschäftigen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	braucht ständig Anregung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hat häufig Schwierigkeiten sich von Vater oder Mutter zu trennen (weint, schreit, klammert)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist allgemein ängstlich und besorgt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist gegenüber anderen Kindern scheu/ängstlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist häufig missgelaunt und/oder weinerlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist ungewöhnlich traurig oder bedrückt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hat häufig ausgeprägte Wutausbrüche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hat häufig Streit mit anderen Kindern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kann sich nicht gegen andere Kinder wehren

4.4.1 Welche Stärken hat Ihr Kind?

4.5 Verliep die Schwangerschaft kompliziert? (z.B. Medikamenteneinnahme, Erkrankungen, Frühgeburt, Vorbelastungen)

Geburtsklinik/Hausgeburt: _____

Das Kind ist _____ Wochen zu früh _____ Wochen zu spät rechtzeitig geboren

Gewicht _____ g Länge _____ cm KU _____ cm APGAR Werte _____/_____

Probleme bei/nach der Geburt _____

4.6 Wie alt war Ihr Kind als es anfang:

zu krabbeln _____ zu laufen _____

erste Worte zu sprechen _____ in kleinen Sätzen zu sprechen _____

sauber und trocken war _____ nachts _____ tagsüber _____

5. Unser Kind besucht den Kindergarten

Name _____

Ort _____

Gruppenleiterin _____

Telefon _____

Unser Kind besucht die Schule

Name _____

Ort _____

Lehrerin _____ Klasse _____

Telefon _____

6.1 Wo wurde Ihr Kind in letzter Zeit ärztlich untersucht? (Name und Ort)

Kinderarzt _____
Hausarzt _____
Augenarzt _____
Hals-Nasen-Ohren-Arzt _____
Orthopäde _____
Kinder- und Jugendpsychiater/Neurologe _____
Sonstige Ärzte _____

6.2 Wurde ihr Kinde schon orthopädisch behandelt?

- ja nein
- wegen der Wirbelsäule (z.B. Skoliose)
- wegen der Hüfte (z.B. Dysplasie)
- wegen der Füße (z.B. Fußfehlstellung/Fehlbildung)
- Sonstiges _____

6.3 Durchgemachte bzw. chronische Krankheiten

6.4 Wurde Ihr Kind schon einmal stationär behandelt? (Krankenhaus/Therapieeinrichtung)

- ja nein
- wo _____ von/bis _____ weshalb _____
- wo _____ von/bis _____ weshalb _____

6.5 Wurde Ihr Kind schon einmal ambulant operiert?

- ja nein
- wo _____ von/bis _____ weshalb _____
- wo _____ von/bis _____ weshalb _____

7. Welche Therapien oder Beratungen wurden/werden durchgeführt? (Name und Zeitraum)

Krankengymnastik _____
Frühförderung _____
Psychomotorik _____
Ergotherapie _____
Sprachtherapie _____
Psychotherapie _____
Psychologische Beratung _____
Erziehungsberatung _____
Andere Therapien _____

8. Können Sie folgende Unterlagen mitbringen

- Pädagogische Berichte (Frühförderung/Kindergarten/Schule) ja nein
- Gutachten/Therapieberichte/Zeugnisse ja nein

9. Benötigt Ihr Kinde regelmäßig Hilfsmittel oder Medikamente?

Brille Hörgerät Rollstuhl Gehhilfe

andere Hilfsmittel (z.B. Reha-Buggy) _____

Medikament 1 _____ Dosierung _____

Medikament 2 _____ Dosierung _____

Medikament 3 _____ Dosierung _____

Medikament 4 _____ Dosierung _____

10. Hat ihr Kind einen Behindertenausweis?

ja nein

Grad der Behinderung _____

Welche Zusatzzeichen sind im Ausweis markiert? _____

Besteht ein Pflegegrad? nein ja : ___ Grad

11. Wer ist die/der überweisende Ärztin/Arzt?

12. Wurde Ihr Kind schon einmal getestet/untersucht? (z.B. Intelligenztest, Entwicklungstest etc.)

ja nein

wo _____

wann _____

Bitte legen Sie, wenn möglich, Ergebnisse/Berichte bei

13. Wurde Ihr Kind schon einmal bei uns untersucht?

ja nein

Ein Geschwisterkind? ja nein Name _____ nein

14. Sind Entwicklungsstörungen oder schwere Erkrankungen in der Familie bekannt?

15. Möchten Sie uns außerdem noch etwas mitteilen?

Wer hat diesen Anmeldebogen ausgefüllt?

Datum _____

Einverständniserklärung

Für die Vorstellung eines Kindes bei uns im SPATZ ist Voraussetzung, dass jeder Sorgerechtsinhaber sein Einverständnis erteilt. Bitte füllen Sie folgende Angaben sorgfältig aus:

Ich bin mit der Vorstellung meines Kindes _____ geb.: _____ zur Diagnostik und ggf. Therapie im Sozialpädiatrischen Ambulanz- und Therapiezentrum Emsland einverstanden.

Unterschrift der Sorgerechtsinhaber:

Ort, Datum _____ Unterschrift der Mutter _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des Vaters _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des Vormundes* _____

*wenn Sorgerecht nicht bei den Eltern

Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf durch das Sozialpädiatrische Zentrum Berichte von Ärzten, Therapeuten, Kliniken und Einrichtungen wie Frühförderung, Schule, Kindergarten, Jugendamt, Wohngruppe über unser Kind angefordert bzw. ausgetauscht werden.

Ich bin mit einer automatischen Terminmitteilung einverstanden (kann jederzeit widerrufen werden):

o per SMS: _____

Unterschrift der Sorgerechtsinhaber:

Ort, Datum _____ Unterschrift der Mutter _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des Vaters _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des Vormundes* _____

*wenn Sorgerecht nicht bei den Eltern



Leitende Ärztin: Dr. Dorothee Veer
Lingener Str. 5, 49716 Meppen, 05931 / 152-1730, spatz@ludmillenstift.de