



Fragebogen für neue Patienten

Sehr geehrte Eltern,

vielen Dank für die Anmeldung Ihres Kindes in unserer Kinderklinik.

Wir wollen Ihr Kind bestmöglich behandeln.

Dafür brauchen wir ein paar Informationen von Ihnen.

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen und Kopien der aktuellen Befunde und Berichte vor dem ersten Termin zu.

Adenauerallee 30
45894 Gelsenkirchen
Tel.: 0209 369-1
Fax: 0209 369-300
Homepage: www.kjkge.de
Email: info@kjkge.de

**Neuropädiatrie/Sozialpädiatrie
Sozialpädiatrisches Zentrum**
Ärztlicher Leiter
Dr. med. Markus Klotz
Tel.: 0209 369-285
Fax: 0209 369-386
Email:
spz@bergmannsheil-buer.de



Patientendaten (Kind/Jugendlicher):

Name

Vorname

geboren am: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

SORGEBERECHTIGTE:

Mutter, Stiefmutter, Pflegemutter, Adoptivmutter:

Name

Vorname

geboren am

nur ausfüllen, wenn abweichend von der des Kindes

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Telefon (Handynummer)

Email-Adresse

Vater, Stiefvater, Pflegevater, Adoptivvater:

Name

Vorname

geboren am

nur ausfüllen, wenn abweichend von der des Kindes

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Telefon (Handynummer)

Email-Adresse

Anderer Sorgeberechtigter:

Jugendamt der Stadt _____ Sachbearbeiter: _____

Sozialpädagogische Familienhilfe d. Stadt _____ Sachbearbeiter: _____

Wenn für die Gesundheitsfürsorge eine Vormundschaft besteht, legen Sie bitte eine Kopie der Bestellungsurkunde bei.



Schule/Kindergarten

Schulform/Name der Schule _____

Klasse/Name der/s Klassenlehrer/in/s _____

Förder-Kindergarten

Name des Kindergartens: _____

Regel-Kindergarten

Kindergarten und Schule

Gab oder gibt es im Kindergarten oder in der Schule Probleme?

Ja

Nein

Welche? _____

Krankenkasse und Kinderarzt

Krankenkasse

gesetzlich mitversichert bei Vater Mutter

privatversichert Beihilfe: ja nein

Kinderarzt (Name und Adresse) _____

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? _____

Ja

Nein

Wenn ja, mit welchen Sprachen? _____

In welcher Sprache sprechen Sie überwiegend mit Ihrem Kind? _____

Ist Ihr Kind schon trocken? _____

Ja

Nein

Das Wichtigste:

➤ Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

Sprachentwicklung in der Muttersprache: Probleme? Ja Nein

Sprachentwicklung in Deutsch: Probleme? Ja Nein

motorische Entwicklung kognitive Entwicklung Verhalten

Kopfschmerzen Krampfanfälle

familiäre Vorbelastung: _____



Krankheiten Ihres Kindes

Gab oder gibt es besondere Erkrankungen oder Beschwerden?

Ja

Nein

Welche?

Krankenhausaufenthalte

Name des Krankenhauses	In welchem Jahr?	Grund des Aufenthalts

Medikamente und Hilfsmittel

Nimmt Ihr Kind dauernd Medikamente?

Ja

Nein

Welche?

Hat Ihr Kind Hilfsmittel?

Ja

Nein

Welche (z.B. Orthesen, Hörgerät, Rollstuhl)?

Therapien

Krankengymnastik seit: _____ Praxis: _____

Logopädie seit: _____ Praxis: _____

Ergotherapie seit: _____ Praxis: _____

Frühförderung seit: _____ Praxis: _____

Psychotherapie seit: _____ Praxis: _____



Verhalten

Gab oder gibt es Verhaltensprobleme zu Hause?

Ja

Nein

Welche?

Änderung des Sorgerechts

Sollte sich das Sorgerecht eines Elternteils verändern, so ist der sorgeberechtigte Elternteil verpflichtet, dem SPZ diese Änderung unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Bevollmächtigung zur Einwilligung in die Behandlung im SPZ

Sollte bei einem Besuch des Kindes im Sozialpädiatrisches Zentrum der Kinder- und Jugendklinik Gelsenkirchen-Buer nur ein sorgeberechtigtes Elternteil anwesend sein, ist dieses Elternteil durch den anderen sorgeberechtigten Elternteil bevollmächtigt, die Einwilligung in die Behandlung (insbesondere Laboruntersuchungen und Blutentnahmen, ärztliche, psychologische und therapeutische Untersuchungen und Beratungen) zu erteilen. Sollte dies nicht zutreffen, ist dies den Mitarbeitern des SPZ unverzüglich mitzuteilen.

Unterschrift der Eltern bzw. sämtlicher sorgeberechtigter Personen:

Datum: _____

 Name Sorgeberechtigter

 Unterschrift Sorgeberechtigter

 Name Sorgeberechtigter

 Unterschrift Sorgeberechtigter



Bitte vom Kinderarzt abstempeln lassen:

Eine Diagnostik und (Mit-)Behandlung im SPZ halte ich für erforderlich:

 Datum

 Unterschrift

 Praxisstempel