

Klinik für Allgemeinpädiatrie und Neonatologie  
**Neuropädiatrie**



Universitätsklinikum d. Saarlandes  
 Gebäude 09, D-66421 Homburg  
 Telefon 0 68 41 / 16 – 28352  
 Fax 0 68 41 / 16 – 28307  
 E-Mail  
 ambulanzen.europaediatrie@uks.eu  
 Web www.uks.eu

NAME

VORNAME

GEB.-DATUM

TERMIN

## Anmeldung zur neuropädiatrischen Untersuchung

Sehr geehrte Frau Kollegin,

sehr geehrter Herr Kollege,

Sie sehen eine ambulante neuropädiatrische Untersuchung Ihrer Patientin/Ihres Patienten bei uns vor. Um diese Untersuchung möglichst effektiv gestalten zu können, ist es für uns von großer Wichtigkeit, von Ihnen noch vor einer Terminvergabe möglichst umfassende Informationen zu Ihrer Patientin/Ihres Patienten einsehen zu können.

Wir bitten Sie daher um die vorzugsweise schriftliche Übermittlung einer detaillierten Fragestellung mit Hinweis auf die Dringlichkeit und einer problemorientierten Zusammenfassung des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs, bei entwicklungsneurologischen Fragestellungen einer Zusammenfassung zur bisherigen somatischen und psychosomatischen Entwicklung. Wir bitten Sie, uns vor einer Terminvergabe zusätzlich auch alle relevanten diagnostischen Befunde, Arztbriefe und Behandlungsberichte einer vorangegangenen physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen und psychologischen Behandlung zur Verfügung zu stellen.

Elektrophysiologische, neuroradiologische und die Diagnostik angeborener Stoffwechselerkrankungen sowie humangenetische und/oder molekulargenetische Diagnostik betreffende Befunde, bitten wir Sie uns im Original zukommen zu lassen.

**BITTE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE UND ÜBERWEISUNGSSCHEIN VOM KINDERARZT MITBRINGEN!**

### Eltern-Fragebogen der neuropädiatrischen Ambulanz

- |                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| A. Personalien       | C. Bisherige Entwicklung |
| B. Vorstellungsgrund | D. Familiensituation     |

**A. Personalien**

Name des Kindes, Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Name der Mutter .....

Geburtsdatum .....

Name des Vaters .....

Geburtsdatum .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Handy: .....

Krankenkasse: .....

Hauptversicherter: .....

Anschrift: .....

Kinderarzt: .....

Telefon: .....

Anschrift: .....

---

**B. Vorstellungsgrund**

Was macht Ihnen Sorgen? Warum kommen Sie zu uns?

.....  
.....  
.....  
.....

Seit wann gibt es diese Probleme?

.....

Wurde Ihr Kind deswegen schon woanders untersucht und /oder behandelt? Wenn ja, wo?

.....  
.....  
.....

Wer hat Ihnen empfohlen zu uns zu kommen?

.....  
.....

**Welche Fördermaßnahmen oder Therapien erhält ihr Kind und von wem? (Name, Adresse)**

Physiotherapie (Krankengymnastik).....

Ergotherapie .....

Logopädie .....

Osteopathie/Manualtherapie .....

Homöopathie .....

Psychotherapie .....

Frühförderung .....

Sonstiges .....

**War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus:**

Wann: ..... Wo:..... Weshalb:.....

Wann: ..... Wo: ..... Weshalb:.....

**Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind bisher:**

.....  
.....  
.....

Hatte Ihr Kind epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?  ja  nein

Nimmt oder nahm Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein?  ja  nein

Welche? .....

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?  ja  nein

Wann: ..... Wo:..... Weshalb:.....

**C. Bisherige Entwicklung**

Erfolgte eine Behandlung wegen Unfruchtbarkeit?  ICSI  IVF  andere

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?  Blutungen  Fieber  OP

Unfall  Fruchtwasseruntersuchung, Ergebnis .....

Nikotin  Alkohol  Medikamente

Wie erfolgte die Geburt?  zu Hause  Geburtshaus  Klinik

Wann wurde Ihr Kind geboren?  Zu früh: wie viele Tage/Wochen?.....

Zu spät: wie viele Tage? .....

Wie wurde es geboren?  normal  Kaiserschnitt  Saugglocke  Zange

Gab es bei der Geburt Besonderheiten? .....

Bei Geburt:                    Gewicht: .....                    Länge:.....                    Kopfumfang:.....

APGAR-Werte (*gelbes Heft*).....                    Nabelarterien-pH:.....

Musste Ihr Kind nach der Geburt in die Kinderklinik verlegt werden?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Klinik lag es? .....

Wie lange? .....

### Hören und Sehen

Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes von einem Augenarzt überprüft?  ja  nein

Wann? .....                    Befund auffällig?  ja  nein

Name und Adresse des Augenarztes .....

Wurde die Hörfähigkeit von einem HNO-Arzt überprüft?  ja  nein

Wann? .....                    Befund auffällig?  ja  nein

Name und Adresse des HNO-Arztes .....

### Schlaf

Hält Ihr Kind einen Mittagsschlaf?  nein  ja, von ..... bis.....Uhr

Wann legen Sie Ihr Kind abends ins Bett?..... Uhr

Wann steht es morgens auf .....Uhr

Wann schläft Ihr Kind ein? ..... Uhr

Wie oft wacht Ihr Kind nachts auf? .....Uhr

Wo schläft Ihr Kind?  im eigenen Bett  im eigenen Zimmer  bei den Eltern

mit Geschwistern

### Sauberkeit

Tagsüber Sauber mit ..... Jahren

Nachts sauber mit ..... Jahren

Nässt Ihr Kind wieder ein, nachdem es trocken war?  ja  nein

Kotet Ihr Kind wieder ein, nachdem es trocken war?

 ja nein

Neigt Ihr Kind zur Verstopfung?

 Ja nein

**Bewegungsentwicklung**

Greifen nach Gegenständen mit ..... Monaten

Freies Sitzen mit ..... Monaten

Krabbeln mit ..... Monaten

Freies Laufen mit ..... Monaten

Fahrradfahren mit ..... Monaten

Bei was erschien Ihnen Ihr Kind ungeschickt? .....

**Sprachentwicklung**

Erste Worte mit ..... Monaten

Zweiwortsätze mit ..... Monaten

Mehrwortsätze mit ..... Monaten

Wortschatz:  kleiner als 20 Worte  20-50 Worte  50 – 200 Worte  über 200 Worte

Muttersprache: .....

Kann ein Fremder Ihr Kind verstehen?  ja  nein, weil .....

**Essen und Trinken**

Kann Ihr Kind alleine essen?  ja  nein

Isst Ihr Kind feste Kost?  ja  nein

Kann Ihr Kind alleine aus dem Becher trinken?  Ja  nein

**Kenntnisse und Verhalten**

Welche Stärken hat Ihr Kind?

.....  
.....  
.....

**Was fällt Ihnen bei Ihrem Kind auf?**

- |                           |                  |                     |
|---------------------------|------------------|---------------------|
| Angst/Unsicherheit        | Seit wann? ..... | Wo besonders? ..... |
| Unruhe/Ungeduld           | Seit wann? ..... | Wo besonders? ..... |
| Aggressivität/Wut         | Seit wann? ..... | Wo besonders? ..... |
| Nichteinhalten von Regeln | Seit wann? ..... | Wo besonders? ..... |
| Unwillkürliche Bewegungen | Seit wann? ..... | Wo besonders? ..... |

Wie bringt sich Ihr Kind in neuen Situationen ein?  problemlos  zögerlich  gar nicht

Gibt es sonst etwas, was Sie beunruhigt?

.....  
.....  
.....

Kindergarten  Hort  Krippe

Besuchszeiten von ..... Bis ..... Wie viele Tage pro Woche?.....

Gibt es dort Auffälligkeiten?  Ja, .....  nein

Von wem wird das Kind sonst betreut? .....

Schule

Klassenstufe ..... Schulart .....

In welchem Fach ist Ihr Kind gut? .....

In welchem Fach hat Ihr Kind Probleme? .....

Sind Sie mit den Schulleistungen zufrieden?  ja  nein

Macht Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig?  ja  nein

Wie lange dauern die Hausaufgaben? .....

Gibt es oft Streit mit Mitschülern?  ja  nein

Freunde/ Spielen

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne? .....

Wie lange spielt es diese Spiele am Stück? .....

Spielt Ihr Kind gerne  mit anderen  alleine  beides

Gibt es sonstige Probleme, die nicht angesprochen wurden?

.....  
 .....  
 .....

**D. Familiensituation**

Familienstand der Eltern  verheiratet  zusammen lebend  geschieden  
 getrennt leben  allein erziehend  wieder verheiratet

Wer hat das Sorgerecht?  Mutter  Vater  Institution

Das Kind lebt mit  Eltern  Mutter  Vater  
 Pflegeeltern  Heim  Großeltern  
 Stiefmutter  Stiefvater  neuem/ Partner/in

Ist das Kind das  leibliche Kind  Stiefkind  Adoptivkind  
 Pflegekind

Geschwister	Vorname	Geb.-Datum	Auffälligkeiten
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Ist eines der Kinder krank? ..... Sind Kinder verstorben?.....

In welchem Alter? ..... An welcher Krankheit? .....

Hatte die Mutter Fehl-/Totgeburten?  ja  nein

Gibt es Krankheiten in der Großfamilie? Welche? .....

Besteht Blutsverwandtschaft (z. B. Cousin/Cousine)?  ja  nein

Religionszugehörigkeit .....

Herkunftsland der Eltern .....

