

**Rheinhausen-Fachklinik Mainz  
Zentrum für Kinderneurologie  
und Sozialpädiatrie (KiNZ)  
Hartmühlenweg 2-4, 55122 Mainz  
Dr. Frank Kowalzik  
Telefon: 06131/378-2151 Fax:-2810**

**Rheinhausen-Fachklinik Mainz  
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -  
psychotherapie und –psychosomatik (KJP)  
Hartmühlenweg 2-4, 55122 Mainz  
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Huss  
Telefon: 06131/378-2000 Fax:-2830**

### Vorstellung des Kindes

- im KiNZ       in der KJP  
 keine Präferenz (egal, ob KiNZ oder KJP)

Praxisstempel

## Fragebogen

### 1. Patientendaten

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel./Fax: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Staatsangehör.: \_\_\_\_\_  
Kontakt E-Mail: \_\_\_\_\_

### 2. Für welche Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie vor allem Hilfe?

(Verwenden Sie bitte ggf. ein gesondertes Blatt)

Wir wünschen eine stationäre Aufnahme für den o.g. Patienten  ja  nein  unsicher

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kreuzen Sie bitte an, auf welchem Gebiet die Störungen liegen:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wachstum / Fehlbildung        | <input type="checkbox"/> Sehvermögen     | <input type="checkbox"/> Adoptivkind              |
| <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung / Bewegung | <input type="checkbox"/> Verhalten       | <input type="checkbox"/> Pflegeverhältnis         |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung          | <input type="checkbox"/> Schulleistungen | <input type="checkbox"/> Trennungsproblematik     |
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung             | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle   | <input type="checkbox"/> Schulangst/-verweigerung |
| <input type="checkbox"/> Hörvermögen                   | <input type="checkbox"/> Ernährung       | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____          |

Wie alt war Ihr Kind als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?  
\_\_\_\_\_

3. War das Kind bereits bei uns in Behandlung?  ja  nein

5. Liegt bei dem Kind eine Immunschwäche vor, z. B. durch Medikamente?

4. War ein Angehöriger Ihrer Familie bereits in der Rheinhesse-Fachklinik Mainz in Betreuung?

ja  nein

Nein  Ja KiNZ  Ja KJP

6. Sind gegenwärtig ansteckende Keime bekannt, z. B. MRSA

Wenn Ja, wer (Name, Vorname):

ja  nein

### 7. Angaben zum Versicherungsstatus

Krankenkasse /-versicherung:

Stadt:

Nr. der Krankenkassenkarte:

Kassen-Nr.:

Über wen ist das Kind versichert?

### 8. Angaben zu den Eltern

	Mutter	Vater
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße		
Telefon (wichtig) /ggf. FAX mobil		

	Mutter	Vater
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		

#### Sind die Eltern:

verheiratet  unverheiratet  geschieden  getrennt lebend  
 verwitwet

Sorgeberechtigt ist / sind  Vater  Mutter  Pfleger

#### Sind Sie mit den Wohnverhältnissen zufrieden?

ja  nein Wenn nein, warum?

### 9. Nennen Sie bitte die Namen Ihrer Kinder (einschl. Patient, auch evtl. verstorbene Kinder)

Name	Geburtsdatum	Evtl. Bemerkungen

**10. Zuweisender Arzt bzw. zuweisende Stelle:**

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

**11. Bisherige oder laufende Untersuchungen/Behandlungen? (Bitte ankreuzen)**

- Psychologie                       Ergotherapie                       Frühförderung  
 Logopädie                               Physiotherapie                       andere Behandlungen

Anschrift des Therapeuten	Datum: Anfang - Ende	Aus welchem Anlass?

**12. Welchen Ärzten haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt? (Bitte genaue Anschrift angeben)**

Ärzte	Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon	Wann?
Kinderarzt		
Kinder- u. Jugendpsychiater		
Neurologe		
Augenarzt		
Orthopäde		
Poliklinik		
Hals-, Nasen-, Ohrenarzt		
Hausarzt		
Weitere Ärzte		

**13. Bekannte Diagnosen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Stationäre Behandlungen?**

- Nein     Ja

Krankenhausanschrift	Datum: Anfang - Ende	Wegen welcher Erkrankung?

**15. Bisherige medizintechnische Untersuchungen: (Bitte ankreuzen)**

Untersuchungen	Wann zuletzt?	Einrichtung Name und Ort
<input type="checkbox"/> Hörprüfung		
<input type="checkbox"/> Sehprüfung		
<input type="checkbox"/> Röntgen		
<input type="checkbox"/> Computertomografie		
<input type="checkbox"/> Kernspintomographie		
<input type="checkbox"/> Ultraschall		
<input type="checkbox"/> EEG		
<input type="checkbox"/> Andere		

**16. Hat Ihr Kind Hilfsmittel? (Bitte ankreuzen)**

- Brille       Spezialrad       Rollstuhl       Rollator       Sonstiges  
 Hörgerät       Orthesen       Spezialbett       Stehständer

Bitte beschreiben:

**17. Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**

Medikamentenname:	Dosierung:			
	morgens	mittags	abends	nachts

**18. Hat Ihr Kind Unverträglichkeiten / Allergien gegen ein Medikament oder Substanzen (z. B. Latex):**

- Nein  
 Ja      Wenn Ja welche?

**19. Fragen zu Kindern mit Krampfanfällen**

Wann trat der erste Anfall auf?  
Datum: \_\_\_\_\_

Wann trat der letzte Anfall auf?  
Datum: \_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie bitte die Anfälle (Art, Datum und Uhrzeit, Dauer, Häufigkeit)**

---



---



---



---



---

**20. Fragen zur Familienvorgeschichte:**

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? Bei wem?

---



---

**Sind die Eltern des Patienten blutsverwandt?**

- Nein  
 Ja Wie?

**21. Krankheiten oder Störungen in der näheren oder weiteren Familie?**

**Bei wem?** (Bitte ankreuzen)

Erkrankung:	Wer:
<input type="checkbox"/> Geistiger Entwicklungsrückstand	
<input type="checkbox"/> Sehstörungen / Taubheit	
<input type="checkbox"/> Spastische oder andere Lähmungen	
<input type="checkbox"/> Krampfanfälle(Epilepsie)	
<input type="checkbox"/> Asthma, Allergie, Ekzem	
<input type="checkbox"/> Fehlbildungen	
<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen	
<input type="checkbox"/> Depression	
<input type="checkbox"/> Angsterkrankung	
<input type="checkbox"/> Psychose	
<input type="checkbox"/> Suchterkrankung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

**22. Fragen zur Schwangerschaft**

Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind? Anzahl: \_\_\_\_\_

Wurde die Schwangerschaft durch eine medizinische Maßnahme herbeigeführt?

- Nein  
 Ja Welche?

**Hatte die Mutter Fehlgeburten?**  ja  nein

Wie viele? \_\_\_\_\_ im Jahr  Totgeburt

**Besonderheiten während der Schwangerschaft: (Bitte ankreuzen)**

	Monat		Monat
<input type="checkbox"/> Blutung	_____	<input type="checkbox"/> Unfälle	_____
<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen	_____	<input type="checkbox"/> Kontakte zu Giften	_____
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen	_____	<input type="checkbox"/> Operationen	_____
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	_____	<input type="checkbox"/> Bestrahlungen	_____
<input type="checkbox"/> Ödeme (geschw. Beine)	_____	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Eiweiß im Urin	_____	<input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchungen	_____
<input type="checkbox"/> seelische Belastung	_____	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	_____
<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme	_____	<input type="checkbox"/> Zigaretten	_____
<input type="checkbox"/> Alkohol	_____	<input type="checkbox"/>	_____

**23. Fragen zur Geburt**

(Sehen Sie dazu bitte Seite 1 des Vorsorgeuntersuchungsheftes U1)

**Wo wurde das Kind geboren**

<input type="checkbox"/> im Krankenhaus Anschrift / Telefonnummer der Entbindungsklinik:	<input type="checkbox"/> zu Hause
---	-----------------------------------

War die Geburt:  rechtzeitig  zu früh  zu spät, welche Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_

Wann war der errechnete Geburtstermin? Datum: \_\_\_\_\_

War der Blasensprung mehr als 6 Stunden vor der Geburt?  Ja  Nein

Dauer der Geburt:

Dauer der Geburt insgesamt \_\_\_\_\_

Dauer der Presswehen \_\_\_\_\_

### Entbindungsbesonderheiten

Spontan  geplanter Kaiserschnitt  Saugglocke  
 Geburtszange  Notkaiserschnitt

**Gab es Komplikationen?** (z. B. Nabelschnurumschlingung, Herztonabfall, Beckenendlage, Querlage, Gesichtslage, Nachgeburt)

---

### Bestand eine Zwillings-, Mehrlingsschwangerschaft?

nein  
 ja Wenn ja, war das Kind  der erstgeborene Zwilling oder  
 der zweitgeborene Zwilling

### 24. Fragen zum Neugeborenen

**Geburtsgewicht:** \_\_\_\_\_ Gramm **Länge** \_\_\_\_\_ cm **Kopfumfang** \_\_\_\_\_ cm

**War eine Beatmung notwendig?**  Ja  Nein

**Hat das Kind sofort geschrien?**  Ja  Nein

**Wie waren die APGAR-Werte nach der Geburt?**

1 Min. nach Geburt \_\_\_\_\_ 5 Min. nach Geburt \_\_\_\_\_ 10 Min. nach Geburt \_\_\_\_\_

**Bestanden Auffälligkeiten beim Kind?**

Nein  
 Ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### 25. Wurde Ihr Kind nach der Entbindung verlegt?

Warum? \_\_\_\_\_

In welche Klinik? Adresse: \_\_\_\_\_

### 26. Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenswochen eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Blutgruppenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Gelbsucht
<input type="checkbox"/> Blutgruppenaustauschtransfusion	<input type="checkbox"/> Krämpfe
<input type="checkbox"/> Atemstörungen	<input type="checkbox"/> Infektionen
<input type="checkbox"/> Trinkschwäche	<input type="checkbox"/> Erbrechen
<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

**27. Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung):**

**Wurde Ihr Kind gestillt?**

Nein

Ja          Wenn ja, wie lange?

Breikost erhielt Ihr Kind ab:          Monat

Feste Nahrung erhielt Ihr Kind ab:          Monat

**Jetzige Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung)**

Besonderheiten: (z.B. Saugen, Schlucken, Kauen, Speichelfluss, Ablehnung grober Kost, Neigung zum Erbrechen):

**28. Bisherige kindliche Entwicklung**

	Monat		Monat
Lächeln	<u>        </u>	Hochziehen zum Stehen	<u>        </u>
Greifen	<u>        </u>	Erste Worte	<u>        </u>
Drehen	<u>        </u>	Erste kurze Sätze	<u>        </u>
Robben	<u>        </u>	Selbständig Essen	<u>        </u>
Krabbeln	<u>        </u>	Selbständig Anziehen	<u>        </u>
Freies Sitzen	<u>        </u>	Sauber, Nachts	<u>        </u>
Freies Gehen	<u>        </u>	Erster Zahn	<u>        </u>

Besonderheiten:

Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand / Rückschritt gegeben? Und in welchen Bereichen?

**29. Frühere Erkrankungen, Kinderkrankheiten (bitte ankreuzen)**

	Jahr		Jahr
<input type="checkbox"/> Masern	<u>        </u>	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<u>        </u>
<input type="checkbox"/> Scharlach	<u>        </u>	<input type="checkbox"/> Röteln	<u>        </u>
<input type="checkbox"/> Mumps	<u>        </u>	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe	<u>        </u>
<input type="checkbox"/> Windpocken	<u>        </u>	<input type="checkbox"/> Lungenentzündungen	<u>        </u>
<input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung	<u>        </u>	<input type="checkbox"/> Unfälle	<u>        </u>
<input type="checkbox"/> Pseudocroup	<u>        </u>	<input type="checkbox"/> Dreitagefieber	<u>        </u>
<input type="checkbox"/> Schädelverletzungen	<u>        </u>	<input type="checkbox"/> sonstiges	<u>        </u>

Ergänzende Angaben, Komplikationen:

**30. Impfungen: Bitte legen Sie eine Kopie des Impfpasses bei.**

Gab es Unverträglichkeiten?  ja  nein

**31. Vegetative Funktionen / Verhaltensauffälligkeiten**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ängste           | <input type="checkbox"/> Wutanfälle                   | <input type="checkbox"/> Unruhezustände       |
| <input type="checkbox"/> Autoaggressionen | <input type="checkbox"/> Nägelbeißen                  | <input type="checkbox"/> Haare ausreißen      |
| <input type="checkbox"/> Stottern         | <input type="checkbox"/> Einnässen                    | <input type="checkbox"/> Einkoten             |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung      | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen           | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Zähne knirschen  | <input type="checkbox"/> Daumen lutschen / Schnullern | <input type="checkbox"/> Tics                 |
| <input type="checkbox"/> Stehlen          | <input type="checkbox"/> Zündeln                      | <input type="checkbox"/> Lügen                |
| <input type="checkbox"/> Masturbieren     | <input type="checkbox"/> Sonstiges                    | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln        |

Bitte beschreiben? \_\_\_\_\_

**32. Fragen zur sozialen Entwicklung des Kindes**

Welche Einrichtungen hat Ihr Kind besucht / besucht Ihr Kind?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Regelkindergarten  | <input type="checkbox"/> Sonderschule          |
| <input type="checkbox"/> Sonderkindergarten | <input type="checkbox"/> Grundschule           |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrippe       | <input type="checkbox"/> Hauptschule           |
| <input type="checkbox"/> Kinderhort         | <input type="checkbox"/> Weiterführende Schule |

Name der Schule/des Kindergartens: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Lehrer/in; Erzieher/in, Tel.: \_\_\_\_\_

**33. Wer betreute das Kind überwiegend im**

1. Lebensjahr: \_\_\_\_\_ 2. / 3. Lebensjahr \_\_\_\_\_  
anschließend: \_\_\_\_\_

Lebte das Kind zeitweise in einem Heim?  nein  ja Wann /Wo \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind ein Adoptivkind /Pflegekind?  nein  ja \_\_\_\_\_

Lebte oder lebt das Kind in einer Pflegefamilie?  nein  ja Wann /Wo \_\_\_\_\_

**34. Haben Sie gesetzliche Hilfen in Anspruch nehmen können?**

- Jugendamt  Versorgungsamt  Finanzamt  Sozialamt

Ansprechpartner im Jugendamt; Tel.: \_\_\_\_\_

**35. Ist der sog. "Grad der Behinderung" (GdB) festgestellt worden?**

Wenn ja: \_\_\_\_\_ GdB? und welche Bezeichnungen?  B,  H,  G,  aG,  RF

**36. Einstufung bei der Pflegeversicherung? \_\_\_\_\_**

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:  Mutter  Vater  Anderen

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Vorstellung in der Rheinhessen-Fachklinik Mainz einverstanden.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Sorgeberechtigten