



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.

Patientendaten (Kind/Jugendlicher):

Name _____ Vorname _____
geboren am: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

SORGBERECHTIGTE:

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 Bestellsurkunde bei.

Neuropädiatrie/Sozialpädiatrie Sozialpädiatrisches Zentrum

Ärztlicher Leiter
Dr. med. Markus Klotz
Tel.: (02 09) 3 69-2 85
Fax: (02 09) 3 69-3 86
SPZ.Gelsenkirchen@Knappschaft-Kliniken.de

Knappschaft Kliniken
Gelsenkirchen-Buer GmbH
Schernerweg 4
45894 Gelsenkirchen
Tel.: 0209 369-1
Fax: 0209 369-300
www.Knappschaft-
Kliniken.de/Gelsenkirchen
Info.Gelsenkirchen@Knappschaft-Kliniken.de





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