

Name des Kindes

Vorname Adresse

Vater

Mutter

Versicherte(r)

(Name · Anschrift)



Sozialpädiatrisches Institut · Kinderzentrum

Kinderneurologie und Entwicklungsförderung Leitung Prof. Dr. med. Peter Borusiak Fon (0421) 497-2244 · Fax (0421) 497-2266 Gesundheit Nord Klinikum Bremen-Mitte Sozialpädiatrisches Institut Friedrich-Karl-Straße 55 28205 Bremen

nderneurologie und Entwicklungsförderung eitung Prof. Dr. med. Peter Borusiak n (0421) 497-2244 · Fax (0421) 497-2266	Stempel des überweisenden Arztes / Ärztin (erforderlich)
esundheit Nord linikum Bremen-Mitte ozialpädiatrisches Institut riedrich-Karl-Straße 55 8205 Bremen	
ame des Kindes	Geburtsdatum P Mädchen J Junge
orname	O Junge
dresse	Telefon:
	mobil:
ater	Geburtsdatum
utter	Geburtsdatum Beruf
ersicherte(r)	Kr.Kasse Beihilfe? ja
orgerecht · Aufenthaltsbestimmungsrecht hat gf. Pflegefamilie Gesundheitsfürsorge? Amtsvormund? (bitte Barne · Anschrift)	Bescheinigung beilegen) Schweigepflichtentbindung bitte beifügen
Fragestellung zur Untersuchung · Vom überweisenden Arzt / Ärzt	in auszufüllen
Wird ein Dolmetscher benötigt? Wenn ja, wird Hilfe bei de	r Organisation benötigt? Sprache:
ja nein ja nein	

Kopien eventuell vorhandener Befunde und Berichte erbeten

Weshalb möchten Sie Ihr Kind vorstellen?
Mächten Cierunächet ein Vengerenäch ehre Kindführen?
Möchten Sie zunächst ein Vorgespräch ohne Kind führen?
Wer hat diese Vorstellung empfohlen?
Wem und wann sind die Probleme erstmals aufgefallen?
Hat Ihr Kind Geschwister (Vorname, Geburtsdatum)?
Sind Geschwisterkinder hier bereits angemeldet?
Ist Ihr Kind adoptiert? Seit wann in Pflege? Seit wann
Sind Entwicklungsstörungen oder schwere Erkrankungen in der Familie bekannt?
Verlief die Schwangerschaft kompliziert (z.B. Medikamenteneinnahme, Erkrankungen)?
Wo wurde Ihr Kind geboren (Hausgeburt? Klinik? Geburtshaus?)
Ihr Kind ist in der Schwangerschaftswoche zur Welt gekommen (spontan? Sectio? Vakuum?)
Geburtsdaten:
Gewicht g Länge cm Kopfumfang cm
Apgar - Werte nach 1 Minute 5 Minuten 10 Minuten Nabelschnur-pH

Probleme bei / nach der Geburt										
Auffäl	lligkeiten bei	den Vorsorgeu	ıntersuchungeı	n (Ziffern, evtl. E	Bemerkunger	n)				
	Datum	Länge	Gewicht	Kopfumfang	Bemerkung					
U2										
U3										
U4										
U5										
U6										
U7										
U7a										
U8										
U9										
J1										
	war die Sprachentwicklung normal oder auffällig? (ggf. welche Probleme)									
Bestai	nden oder be	stehen Ernähr	ungsprobleme	(ggf. welche)?						
			6.1	100						
					1					
Mit w	ieviel Jahren	war Ihr Kind sa	auber? tags		Jahre	nachts	Jahre			
			_							
Wer h	at Ihr Kind a	ußer Ihnen auc	ch betreut?							
\\/a a a			-\ Ib Ki 43							
wetch	ien kinderga	rten besucht(e	-) IIII KIIIU!							
Welch	ne (Vor-) Sch	ule(n) besucht	(e) Ihr Kind?							

Welche besonderen Erkrankungen / Operationen hatte Ihr Kind bisher?											
War Ihr Kind schon in einer Klinik oder zur Kur (wann,wo, warum)?											
Welche Dauermedil	ikamente	e erhielt / erhält	Ihr Kind?								
Walsha Tharrasian a	a dau Dau		/audau di		ibut (Naus	- 7-:+u)				
Welche Therapien o			/ werden di	urcngetu	inrt (Name	e-Zeitrat				L.	
V rankangumnastik	Therap	eut(in)					von		>]	bis	
Krankengymnastik Frühförderung											
Sprachtherapie											
Ergotherapie											
Psychomotorik											
Psychotherapie											
Familienhilfe											
sonstige?											
Ü									J		
Welche Ärzte / Ärzt	tinnen b	etreuen / betreu	ten Ihr Kind	d (Name,	Fachricht	ung, Ans	chrift)?				
		Sind Sie da									
Ihr Kind bei ÄrztInnen, TherapeutInnen, Kliniken oder Einrichtungen											
		anfordern?	•								
		ja	nein								
Datum		Unterschrift(en)								