



Fragebogen zur Entwicklungsdiagnostik für Schulkinder

Liebe Eltern!

Wir möchten Sie und Ihr Kind herzlich bei uns begrüßen und hoffen Ihnen bei der Lösung Ihrer Probleme behilflich sein zu können. Wir bieten Ihnen ein weitgefächertes Team aus dem Bereich der Entwicklungsdiagnostik und -förderung, sowie ein breites Spektrum hochspezieller technischer Untersuchungsmöglichkeiten. Für die Dinge, die wir Ihnen nicht vor Ort bieten können, arbeiten wir mit den jeweiligen Spezialisten auswärts zusammen. Unser Ziel:

- ein Netzwerk der Hilfe für Ihr Kind -

- ➔ Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus. Wichtig ist vor allem der Vorstellungsgrund.
- ➔ Denken Sie bitte unbedingt an die Kopien der Vorbefunde. Besitzen Sie keine, teilen Sie uns bitte die Namen und Einrichtungen der Vorbehandler mit, wir fordern Sie dann für Sie an.
- ➔ Senden Sie uns dann die Bögen und Ihre Unterlagen zurück.

Wie geht es dann weiter:

- ➔ Sie bekommen dann verschiedene Termine angeboten. Unser Rückruf zur Terminvergabe kann aus organisatorischen Gründen bis zu 3 Wochen in Anspruch nehmen. Die Untersuchungstermine sind wegen der großen Nachfrage leider oft erst mehrere Monate später! Ist das Problem Ihres Kindes ungewöhnlich dringlich, bemühen wir uns um einen vorgezogenen Notfalltermin. Sind Ihnen die Wartezeiten zu lang, können wir Ihnen andere ähnliche Einrichtungen nennen. Erfahrungsgemäß sind aber die Wartezeiten überall ähnlich!
- ➔ Wir bemühen uns um sehr gründliche Diagnostik. Daher sind meist mehrere Termine notwendig. Wir bemühen uns alle Untersuchungen und das Abschlußgespräch möglichst kompakt durchzuführen. Durch Notfälle zwischendurch gelingt das aber nicht immer!
- ➔ Wenn Ihr Kind auch bei einem Allgemeinmediziner/Hausarzt in Behandlung ist, würden wir ihm gern die Untersuchungsergebnisse zukommen lassen. Wir finden das der Hausarzt Bescheid wissen sollte. Dafür ist eine Überweisung nötig, um die wir Sie bitten.
- ➔ Bitte bringen Sie am Tag der Untersuchung Zeit mit. Wir bemühen uns um Pünktlichkeit, aber es gibt auch Kinder, die nicht sofort zur Mitarbeit bereit sind oder Elterngespräche, die unerwartet kompliziert und ausführlich sind und nicht unterbrochen werden können. Falls Sie länger warten müssen: Vielleicht profitieren Sie und Ihr Kind auch einmal von der Zeit die wir uns für Sie nehmen!
- ➔ Alle Ihre Angaben in diesem Fragebogen sind selbstverständlich freiwillig. Sie helfen uns, den Zeitbedarf für die erste Untersuchung abzuschätzen und die Erstuntersuchung nicht mit dem Erfragen von Routinedaten zu verschwenden. Sie unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzverordnungen.

Ihre Checkliste vor dem Ausfüllen und Abschicken:

- ➔ Alle Bögen bitte vollständig ausfüllen
- ➔ Vorstellungsgrund eingetragen?
- ➔ Vorbefunde beigelegt?
- ➔ Beurteilung der Lehrer bei Schulproblemen?

Sie können den Bogen persönlich hereinreichen und die Chipkarte einlesen
oder

Mit Überweisung vom Haus- oder Kinderarzt zuschicken

Nur komplette Unterlagen mit Überweisung oder Chipkarte können bearbeitet werden

Ihre Checkliste für den ersten Termin:

- ➔ Versicherungs-Chipkarte dabei?
- ➔ Kind kann gut sehen? Ggf vorher zum Augenarzt! Ggf. Brille nicht vergessen!
- ➔ Kind kann gut hören? Ggf vorher zum HNO-Arzt!
- ➔ Vorbefunde bei Anmeldung mitgeschickt? Sonst jetzt mitnehmen!
- ➔ Aktuelle Beurteilung der Lehrer bei Schulproblemen oder aktuelles Zeugnis ist hilfreich!

- ➔ Eine Überweisung vom Haus- oder Kinderarzt wenn dieser einen Bericht erhalten soll.

- ➔ Nur gesunde, gut hören und sehende Kinder können neuropsychologisch untersucht werden!

Wichtiger Hinweis bei Untersuchung zur Legasthenie(Lese-Rechtschreibstörung LRS) und Dyskalkulie(Rechenstörung)

Diese Untersuchungen sind leider inzwischen teilweise kostenpflichtig. Diese Störungen sind keine „Krankheiten“ im Sinne der Krankenversicherung, daher werden Diagnostik- und Therapiekosten nicht auf Chipkarte übernommen. Dies gilt nicht für privat versicherte Patienten.
Was bedeutet das:

- ➔ Ob eine Lese-Rechtschreibstörung oder Rechenstörung tatsächlich vorliegt muß durch Tests abgeklärt werden. Diese sind sehr zeitaufwendig, je nach Fragestellung 2-3 Stunden Aufwand. Dazu kommt die Auswertung und die Gutachtenerstellung, ggf. auf Wunsch ein Beratungsgespräch über Fördermöglichkeiten. Alle Gebühren werden nach der gesetzlichen Gebührenordnung erstellt und sind daher bei der Krankenkasse einreichbar. Ob diese Kosten aber tatsächlich von der Kasse übernommen werden, können wir nicht garantieren.
- ➔ Kosten: Zwischen 37 € und 111 €, schriftliches Gutachten 17 €. Die Kosten werden VOR dem Test fällig.
- ➔ Die Suche nach den Ursachen ist wieder durch die Chipkarte gedeckt, d.h. Hör-und Sehstörungen, Wahrnehmungsstörungen, neurologische Untersuchung und ggf. EEG sind für Sie kostenlos.



Patientendaten

Familienname: _____

Geburtsdatum :.....

Vorname(n): _____

Alter:.....Jahre

Telefon: _____

PLZ / Ort:

Straße:

Krankenkassennummer:

Versicherungsnummer:.....

Aktuelle Sorgen:

Warum wollen Sie Ihr Kind bei uns zur Untersuchung vorstellen, wo liegt das Problem ?

Verdacht auf ADS/ADHS

Verdacht auf Hochbegabung

Verdacht auf Lese-Rechtschreib- o. Rechenschwäche

Wegen Epilepsie (-Verdacht)

Anderer Grund, gern ausführlich, ggf.auch auf weiteren Blättern!

⇒ **Wir freuen uns auch über ein Photo von Ihrem Kind oder Ihnen gemeinsam!**

Diagnostik die bereits erfolgt ist, bzw. geplant:

Welcher Arzt? Bitte unbedingt Vorbefunde besorgen und mitschicken !

Therapie(n)

die bereits durchgeführt wurden oder noch laufen, jeweils von/bis:

Stärken stärken

Was haben Sie noch unternommen, um Ihrem Kind zu helfen?

Vorgeschichte / Bisherige Entwicklung

Normale, unkomplizierte Schwangerschaft und Geburt:

Ja

Nein,

Schwangerschaftskomplikationen und/oder Geburtskomplikationen, und zwar:

Geburtsgewicht:g / Schwangerschaftswoche:

Besondere Belastungen in der Schwangerschaft, familiär, gesundheitlich, seelisch?

Ja

Nein

Anmerkungen, andere Sorgen zu Schwangerschaft und Geburt?

Bis zum ersten Geburtstag unauffällig:

Ja

Nein,

folgendes war auffällig:

verspätetes Drehen

verspätetes Sitzen

verspätetes Laufenlernen

Lautieren auffällig, kein La-La, Ma-Ma

Eß-oder Ernährungsstörung

Kontaktaufnahme auffällig

Anderes:

Bis zum zweiten Geburtstag unauffällig:

Ja

Nein,

folgendes war auffällig:

Laufen erst mit Monaten

Sprache erscheint verzögert, keine Zweiwortsätze mit 20 Mon.

Eß-oder Ernährungsstörung

Verhaltensauffälligkeit:

Anderes:

Kleinkind- und Kindergartenzeit unauffällig:

Ja

Nein,

folgendes war auffällig:

Bewegungsuntüchtigkeit

(z.B. beim Laufen, Klettern, Schwimmen, Fahrradfahren) :

Handungeschicklichkeit

(z.B. beim Malen, Spielen, Bauen m.Bausteinen, Puzzeln) :

Sprache

(z.B. Wortschatz, Nachsprechen, Sätze, Erzählen) :

Unselbstständigkeit

(z.B. beim An- u. Ausziehen, Essen, Waschen, kleine Aufträge) :

Anderes:

Gesundheit und Charakter Ihres Kindes

Um Ihr Kind besser zu verstehen wäre es hilfreich zu erfahren, was es belastet und welche Stärken es hat

Gesundheit / chronische Erkrankungen

- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung, wie zB. Asthma, Allergien? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Leidet Ihr Kind an einer Epilepsie? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hat Ihr Kind eine Pflegestufe anerkannt bekommen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hat Ihr Kind Symptome wie Einnässen oder Einkoten? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| War Ihr Kind schon wegen einer schweren Erkrankung im Krankenhaus)
wegen: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, |

Charakter - Stärken und Schwächen

Was ist die liebste Freizeitbeschäftigung Ihres Kindes ? :

Was kann Ihr Kind besonders gut, was sind seine Stärken ? :

Welche Charaktereigenschaften schätzen Sie an Ihrem Kind? :

In welchem Sportverein ist Ihr Kind? :

Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument ?

Hat Ihr Kind feste Freunde? Ja, eher viele Ja, einige wenige Nein, leider keine

Wird Ihr Kind zu Geburtstagspartys eingeladen, werden seine Einladungen angenommen Ja Nein

Ist Ihr Kind bei Großeltern/Verwandten gern gesehen Ja Nein

Welches Verhalten Ihres Kindes bereitet Ihnen besonders Kummer ?

Gibt es besonders belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes (Todesfälle, Trennung der Eltern, Wohnortwechsel)?

⇒ **Möchten Sie noch etwas Ergänzendes mitteilen ?**

Ggf. auch etwas was Sie vor Ihrem Kind nicht erwähnen wollen? Ggf.auch auf weiteren Blättern!

Lebensumstände Ihres Kindes

Name der Mutter: _____ Vorname: _____ Alter: _____
Beruf (erlernt): _____
Beruf (ausgeübt): _____ Ganztags Halbtags Stundenweise
Arbeitgeber: _____

Name des Vaters: _____ Vorname: _____ Alter: _____
Beruf (erlernt): _____
Beruf (ausgeübt): _____ Ganztags Halbtags Stundenweise
Arbeitgeber: _____

Eltern verheiratet nicht verheiratet getrennt lebend geschieden
Sorgerecht für das Kind: bei den Eltern nur Mutter nur Vater andere:

Geschwister (bitte mit Alter und Geschlecht):

Wechsel der Unterbringung in der Vorgeschichte (Kurzpflegestellen / Heime / betreute Wohngruppen u.ä.)?
 Nein Ja (wann, wo, warum?)

Bisherige Schullaufbahn und schulische Förderung

Kindergarten von bis

Integrationskindergarten inals „I-Kind“ von bis

Sprachheilkindergarten in von bis

Heilpädagogischer Kindergarten in von bis

Von der Einschulung zurückgestellt Nein Ja (warum?):

Schon Klassen wiederholt: Nein Ja (warum?):

In welche Schule geht Ihr Kind:

Welche Klasse:

Ggf. Name und Telefonnummer der Klassenlehrerin:

Schulische Fördermaßnahmen/Förderunterricht: Nein Ja, folgender

Nachhilfeunterricht? Nein Ja, bei

Lerntherapie? Nein Ja, bei

Bitte zusenden oder abgeben im

Lutz Krüger-Ruda

Kinder-und Jugendarzt/Kinderneurologe

im Kinderzentrum Soltau

Walsroder Strasse 8

29614 Soltau

Tel: 05191-969 88-0 Fax: 05191-969 88-11

e-mail: sozpaed@kinderzentrum-soltau.de



Schweigepflichtsentbindung

Liebe Eltern!

Um Ihrem Kind möglichst gut helfen zu können, kann es notwendig werden mit Therapeuten, Ärzten und anderen für Ihr Kind wichtigen Personen zu sprechen.

Wenn Sie damit einverstanden sind, bitten wir Sie die untenstehende Erklärung auszufüllen.

Name Ihres Kindes mit Geburtsdatum:

Hiermit entbinden wir die

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | mitbehandelnden Ärzte, ggf. Name: |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | nichtärztliche Behandler wie Ergotherapeuten, Logopäden, Krankengymnasten |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Kinderpsychotherapeuten und Kinderpsychiater, |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Dienststellen des Gesundheits- und Jugendamtes |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Erzieher und Lehrer ggf. Name: |

bitte zutreffendes ankreuzen

unseres Kindes Ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Praxisteam der Kinderzentrums Soltau, soweit es die Behandlung unseres Kindes erfordert.

- Nein Ja Nach abgeschlossener Untersuchung dürfen die erhobenen Befunde Ärzten und Therapeuten des Kindes mitgeteilt werden, aber nur, wenn dies der Behandlung unseres Kindes dient.

bitte zutreffendes ankreuzen

Datum:

Unterschrift eines Sorgeberechtigten

2. Unterschrift eines Sorgeberechtigten
bei getrennt lebenden Eltern

ggf. Unterschrift des Jugendamts-Vormunds