



Anamnesebogen für das Sozialpädiatrische Zentrum

Sozialpädiatrisches Zentrum
Leitung: Dr. med. B. Winter

Theodor-Kutzer-Ufer 1 - 3
68167 Mannheim
Haus 30, Ebene 1
Tel.: +49 621 383-6766
Fax: +49 621 383-3829
Mail: spz@umm.de
www.umm.de

Bitte füllen Sie diesen Bogen so vollständig wie möglich aus. Ihre Angaben helfen uns, die Entwicklung, Gesundheit und Bedürfnisse Ihres Kindes zu verstehen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

1. Angaben zum Kind	
Name und Vorname:	
Geburtsdatum:	Alter:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Aktuelle Größe:	cm und Gewicht: kg
Sprache/n des Kindes:	
Sprache/n im Haushalt:	

2. Aktuelle Beschwerden/Anliegen
Was ist der Grund für die Vorstellung im sozialpädiatrischen Zentrum?
Welche Symptome oder Auffälligkeiten gibt es? <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten <input type="checkbox"/> Sprachprobleme <input type="checkbox"/> Lernprobleme <input type="checkbox"/> motorische Probleme <input type="checkbox"/> Andere:
Bereits Therapie/Förderung (Logo, Ergo)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, was und seit wann:
Was möchten Sie erreichen? (z.B. Diagnostik, Therapie, Beratung):



3. Familie und Lebenssituation

Erziehungsberechtigte/r (Name, Alter, Beruf)

- Mutter:

- Vater:

Eltern sind: verheiratet/zusammenlebend alleinerziehend, wer:

Sorgerecht (Mutter, Vater, Beide):

Lebt das Kind in einer Pflegefamilie: Nein Ja

Wer lebt im Haushalt? (Geschwister, Großeltern):

Gibt es besondere familiäre Belastungen? Nein Ja, welche:

4. Familiäre Krankheitsgeschichte

Gibt es in der Familie bekannte Erkrankungen? Nein Ja:

Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie):

Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen):

Entwicklungsverzögerungen:

Erbkrankheiten:

Suchtkrankheiten:

Blutsverwandtschaft der Eltern:

Andere:

5. Betreuungsform des Kindes

Betreuung durch: Eltern Tagesmutter Kita/Kindergarten Schule

Andere:

Bei Kita/Kindergartenkindern:

Name und Ort der Kita/des Kindergarten:

Anzahl der wöchentlichen Betreuungsstunden:

Besucht die Einrichtung seit wann?

Bei Schulkindern:

Name und Ort der Schule:

Klasse:

Schulleistungen: gut mittel schlecht

Probleme in der Schule:



6. Schwangerschaft und Geburt

Verlauf der Schwangerschaft:

unauffällig

Komplikationen (vorz. Blasensprung, Krankenhausaufenthalte):

Geburt: spontan Kaiserschnitt Frühgeburt

Schwangerschaftswoche bei Geburt:

Geburtsgewicht: _____ g, Länge: _____ cm, Kopfumfang: _____ cm

Auffälligkeiten bei der Geburt (Sauerstoffmangel, Intensivstation):

7. Gesundheitliche Vorgeschichte Kind

Bekannte Diagnosen

Allergien/Unverträglichkeiten:

Chronische Erkrankungen:

Medikamenteneinnahme: Nein Ja, welche:

Klinikaufenthalte/Operationen: Nein Ja, welche:

Hör- und Sehtests durchgeführt?

- Hörtest: Nein Ja, Ergebnis: _____ Hörgerät/e: Nein Ja

- Sehtest: Nein Ja, Ergebnis: _____ Brille: Nein Ja

Schlafverhalten: unauffällig Einschlafprobleme

Durchschlafprobleme

Andere:

Einnässen: Nein Ja, wie oft:

Essverhalten altersentsprechend: Ja Nein, inwiefern:



8. Entwicklungsgeschichte

Motorische Entwicklung

Zeitpunkt des ersten Sitzens:

Zeitpunkt des ersten Laufens:

Auffälligkeiten:

Sprachentwicklung

Zeitpunkt der ersten Wörter:

Zeitpunkt erster Sätze:

Auffälligkeiten (z.B. Stottern):

Spielverhalten: altersentsprechend zurückhaltend auffällig, wie:

Sozialverhalten: kontaktfreudig schüchtern aggressiv impulsiv
 Andere:

Schul-/Kindergartensituation: unauffällig Lernprobleme
 Konzentrationsprobleme Mobbing

9. Zusatzinformationen

Ergänzende Informationen oder Besonderheiten, die Sie uns mitteilen möchten:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte bringen Sie zum Termin mit:

- alle Vorbefunde
- eine gültige Überweisung mit dem Zusatz „SPZ“
- Versichertenkarte