



Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind in der Allergie-, Atemwegs- und Lungen-Sprechstunde für Kinder und Jugendliche unseres Sozialpädiatrischen Zentrums vorstellen. Die Sprechstunde wird betreut von Frau Prof. Dr. Dr. h.c. Erika von Mutius, Kinderallergologin und -pulmologin und Leiterin der Asthma- und Allergieambulanz des Dr. von Hauner'schen Kinderspitals (Universitätskinderklinik der LMU München).

Im interdisziplinären Team betreuen wir Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen mit Störungen von Lunge und Atemwegen wie z.B. Asthma bronchiale, rezidivierenden obstruktiven Bronchitiden, allergischer Rhinokonjunktivitis („Heuschnupfen“), Allergien gegen Nahrungsmittel, Insektengifte oder inhalative Antigene (z.B. Pollen, Hausstaub und Tierhaare), atopischer Dermatitis („Neurodermitis“) oder auch Urtikaria („Nesselsucht“). Das SPZ kooperiert dabei eng mit der Rheuma-Kinderklinik (DZKJR), der Abteilung Kinder- & Jugendmedizin des Klinikum Garmisch-Partenkirchen und den Münchener Universitätskliniken. Diagnostisch stehen Lungenfunktion, Bodyplethysmographie, Spiro-Ergometrie, inhalative Provokation, Laufbandergometrie, Blutgasanalysen, Schweißtest, Röntgen, Allergiediagnostik inkl. Hauttestung, RAST, spez. IgG, Provokation und Hyposensibilisierung zur Verfügung. Bei Bedarf werden Ärzte weitere Fachrichtungen (z.B. Kinderkardiologie, Dermatologie, Rheumatologie, Sport- oder Ernährungsmedizin), Physiotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Sozialpädagogen und Diätberater hinzugezogen. Über unsere Kooperationspartner können hochauflösendes CT, Kernspintomografie, Bronchoskopie, Bronchiallavage, Biopsie etc. durchgeführt werden.

Im Rahmen des komplex-multidimensionalen, multiprofessionell-interdisziplinär und „ganzheitlichen“ Ansatzes unseres sozialpädiatrischen Zentrums möchten wir Ihr Kind auch über die umschriebenen Atemwegs- und Allergiebeschwerden hinaus kennenlernen um mögliche Ursachen, Prognose und Risikofaktoren; Auswirkungen auf Alltag, Umfeld und Entwicklung oder weitere gesundheitliche Einschränkungen zu überblicken.

Aus diesem Grunde und bitten wir bei Anmeldung den umfassenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen, die Vollständigkeit ermöglicht uns Untersuchungstermine genau auf die Fragestellung und Situation Ihres Kindes abzustimmen. Den Bogen lassen Sie bitte von Ihrem Kinderarzt freigeben und schicken ihn per Post an folgende Adresse: SPZ, Gehfeldstr. 24, 82467 Garmisch-Partenkirchen. Alternativ können Sie die Anmeldung auch per Fax (08821-701-9450) oder Email (info@spz-gap.de) senden.

Wenn Ihr Kind bereits an anderer Stelle ambulant oder stationär untersucht worden ist, legen Sie bitte Kopien aller vorliegenden Berichte bei. Dazu zählen Ergebnisse von vorangegangener Allergietests (Hauttests, Bluttests, etc.), von Lungenfunktionsuntersuchungen, Protokolle von evtl. Diäten bei Nahrungsmittelallergie und gegebenenfalls auch Befunde von MRT, EEG, Therapieberichte (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie), Gutachten, Schul- oder Kindergartenberichte. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihre Anfrage erst nach Vorlage der Unterlagen bearbeiten können. Sie erhalten zügig telefonische oder schriftliche Mitteilung über die geplanten Untersuchungstermine.

Bitte sprechen Sie Ihr Anliegen vorher mit Ihrem Kinder- oder Hausarzt ab. Dieser kann Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens behilflich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. J.-P. Haas
Geschäftsführender
Ärztlicher Direktor

Dr. Th. Wagner
Ärztlicher Leiter SPZ

Prof. Dr. Dr. h.c. Erika von Mutius
Kinderallergologin und -pulmologin

Checkliste zum Mitbringen

- Überweisungsschein vom Kinderarzt
- gelbes Heft
- Impfpass
- Versichertenkarte
- ausstehende Befunde
-

Zur Vorstellung in unserem SPZ benötigen wir unbedingt einen aktuellen Überweisungsschein Ihres Kinder- und Jugendarztes oder Hausarztes sowie die Versicherungskarte. Bitte halten Sie zusätzlich das gelbe Untersuchungsheft, Impfpass und wenn vorhanden das Anaphylaxie-Notfallset Ihres Kindes bereit

ANMELDUNG SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM (SPZ)

Im folgenden Fragebogen haben wir Angaben zum Vorstellungsgrund, Entwicklung und zur allgemeinen Lebenssituation Ihres Kindes zusammengestellt, die für die Vorstellung in unserem SPZ wichtig sind. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie diese möglichst vollständig und ausführlich, sodass wir uns auf das Gespräch gut vorbereiten können. Bitte besprechen Sie die Anmeldung mit dem betreuenden Kinder- / Hausarzt und senden uns den Bogen mit Signatur bzw. Praxisstempel zu.

Bitte SPZ-Bericht an Überweiser Hausarzt Patientenadresse _____
Bogen ausgefüllt durch Mutter Vater dritte Person: _____

Datum: _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____

Patient/in	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienname:	PLZ/Wohnort:
Vorname:	Straße:
Geburtsdatum:	Telefon/Handy:

Mutter

Familienname:	Ausbildung:
Vorname:	Ausgeübter Beruf:
Geburtsdatum:	
Adresse: (falls abweichend von der des Patienten)	
PLZ/Ort:	Straße:
Telefon:	Handy:

Vater

Familienname:	Ausbildung:
Vorname:	Ausgeübter Beruf:
Geburtsdatum:	
Adresse: (falls abweichend von der des Patienten)	
PLZ/Ort:	Straße:
Telefon:	Handy:

Familiensituation

gemeinsames Sorgerecht der Eltern bzw. alleiniges Sorgerecht bei Mutter Vater
Eltern zusammen lebend getrennt oder geschieden
Kind wohnhaft bei Eltern Mutter Vater Adoptiveltern Pflegeeltern Andere
 miterziehende/r Lebenspartner/In: _____

Krankenversicherung bzw. Kostenträger

Name und Anschrift:
Hauptversicherer:
Geburtsdatum:
Haben Sie ihr Kind in der Vergangenheit bereits in unserem SPZ vorgestellt? ja nein

Fragestellung des überweisenden Kinder- / Hausarztes:

Stempel / Unterschrift überweisender Kinder- / Hausarzt

Allergie-/Pulmofragebogen

Welche Beschwerden Ihres Kindes sind Anlass des Besuches?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bindehaut - (Augen) – Entzündung | <input type="checkbox"/> Ekzem | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Niesanfälle | <input type="checkbox"/> Nesselsucht (Urticaria) |
| <input type="checkbox"/> Dauerschnupfen | <input type="checkbox"/> andere Hautausschläge | <input type="checkbox"/> Reizhusten |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne | <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Asthmaanfälle | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündungen | |
| <input type="checkbox"/> Reaktion auf Bienen-/Wespenstich | | |

Wann begannen sie?

Wie treten sie auf?

- nur in bestimmten Monaten: Januar April Juli Oktober
 Februar Mai August November
 März Juni September Dezember
- das ganze Jahr mit jahreszeitlicher Verschlechterung: ja nein
- ganzjährig ja nein
- unregelmäßig ja nein

Sind bei Ihrem Kind schon einmal Allergietestungen durchgeführt worden?

- ja nein
wenn ja: im Bluttest (RAST) im Jahr bei
 im Hauttest (Prick o.ä.) im Jahr bei
 im Jahr bei
- wenn ja: Allergische Reaktion auf:

Wie ist der Stuhlgang Ihres Kindes?

- täglich mehr als 2x normal weich-dünn unverdaut

Hat Ihr Kind Blähungen?

- ja nein nur in den ersten drei Lebensmonaten

Kann Ihr Kind durchschlafen?

- ja meistens selten keine Nacht

Welche Erkrankungen hat Ihr Kind früher erlitten bzw. woran leidet es aktuell noch?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Frühgeburt/künstliche Befruchtung | <input type="checkbox"/> Milchschorf | <input type="checkbox"/> Krupphusten |
| <input type="checkbox"/> künstliche Beatmung | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Hautentzündung/Abszess |
| <input type="checkbox"/> Durchfälle | <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | |

Erfolgte bereits eine Entfernung der Mandeln? ja, im Jahr nein
 der Polypen? ja, im Jahr nein

Wurde bei Ihrem Kind schon einmal eine Desensibilisierungsbehandlung durchgeführt?

- ja nein
wenn ja, wogegen?
- mit Tropfen mit Spritzen

War Ihr Kind schon einmal auf Kur?

- ja nein
 wenn ja, weswegen?
 wo?
 wann?

Wie ist die Umgebung des Kindes?

- das Bett besteht aus:
- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Matratze | Zudecke | Kopfkissen |
| <input type="checkbox"/> Rosshaar | <input type="checkbox"/> Rosshaar | <input type="checkbox"/> Rosshaar |
| <input type="checkbox"/> Federkern | <input type="checkbox"/> Federn | <input type="checkbox"/> Federn |
| <input type="checkbox"/> Schaumstoff | <input type="checkbox"/> Schaumstoff | <input type="checkbox"/> Schaumstoff |

- Sind bereits Maßnahmen zur Hausstaubmilbenanierung erfolgt (z.B. Encasing)?

- ja nein

- in der Wohnung gibt es:
- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tierfelle | <input type="checkbox"/> Stockflecken/Schimmelpilz | <input type="checkbox"/> Teppichboden |
| <input type="checkbox"/> Luftbefeuchter | <input type="checkbox"/> alte Polstermöbel | <input type="checkbox"/> Topfpflanzen |

Halten Sie Haustiere?

- ja nein

wenn ja, welche:

Mit welchen Tieren kommt Ihr Kind in Berührung?

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Meerschweinchen | <input type="checkbox"/> Hamster | <input type="checkbox"/> Kaninchen | <input type="checkbox"/> Kanarienvogel |
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Pferd | <input type="checkbox"/> Rind | <input type="checkbox"/> Taube | <input type="checkbox"/> Wellensittich |
| <input type="checkbox"/> Aquarium | <input type="checkbox"/> andere | | | |

Wird in der Umgebung Ihres Kindes geraucht?

- ja manchmal nein

- wenn ja, wer:
- | | | |
|--|-------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Mutter | | Zigaretten/pro Tag |
| <input type="checkbox"/> Vater | | Zigaretten/pro Tag |
| <input type="checkbox"/> andere Personen | | Zigaretten/pro Tag |

Zu welcher Tageszeit treten die Beschwerden auf?

- im Bett/nachts morgens tagsüber

Bei welchem Wetter hat Ihr Kind Beschwerden?

- Regen/feucht Nebel Kälte Sonne/Wärme Wind

Wohnen Sie an einer vielbefahrenen Straße?

- ja nein

Bestehen Beschwerden beim Verzehr von bestimmten Nahrungsmitteln?

- | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Erdbeeren | <input type="checkbox"/> Sellerie | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Nüsse |
| <input type="checkbox"/> Apfel | <input type="checkbox"/> Tomaten | <input type="checkbox"/> Zitrusfrüchte | <input type="checkbox"/> Pfirsiche | <input type="checkbox"/> Käse | |
| <input type="checkbox"/> Schokolade | | | | | |
| <input type="checkbox"/> andere | | | | | |

Bestehen Beschwerden bei sonstigen Anlässen?

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kontakt mit Staub | <input type="checkbox"/> seelische Belastung | <input type="checkbox"/> Gerüche |
| <input type="checkbox"/> Medikamente: | <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Antibiotika |
| <input type="checkbox"/> sonstige Auslöser | | |
| | <input type="checkbox"/> sonstige Medikamente | |

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) allergische Erkrankungen wie Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma, Nahrungsmittelallergien, Insektengiftallergie, Medikamentenallergie, Latexallergie?

ja nein

wenn ja, wer:
was:
.....

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) andere vererbare Erkrankungen, insbesondere des Immunsystems, der Atemwege oder der Haut (z.B. Immundefekte, Ichthyosen)?

ja nein

wenn ja, wer:
was:
.....

Wie haben Sie Ihr Kind ernährt?

voll gestillt bis zum Lebensmonat

teil gestillt bis zum Lebensmonat

nicht gestillt

Flaschennahrung: 1.)vom bis Lebensmonat
2.)vom bis Lebensmonat

Erhält Ihr Kind derzeit eine besondere Ernährung?

ja nein

wenn ja, welche Nahrungsmittel meiden Sie?
welche Ersatz- / Zusatznahrung geben Sie?

Führt die Erkrankung Ihres Kindes zu

- Psychischer Beeinträchtigung des Kindes und / oder der Familie (z.B. Angst vor Anaphylaxie, Hilflosigkeit)? ja nein

- Diskriminierung / Stigmatisierung (z.B. durch Hänseleien) ja nein

- Belastung durch den Therapieaufwand (z.B. häufiges Eincremen / Inhalieren) ja nein

- Einschränkung von Freizeit-/Alltagsaktivitäten (z.B. Sport, Schwimmbadbesuch) ja nein

- Schulfehlzeiten des Kindes / Arbeits Fehlzeiten der Eltern ja nein

- finanzielle Belastung (z.B. durch Zuzahlungen zu Arzneimitteln) ja nein

Bei Vorstellungsgrund Neurodermitis

Seit wann leidet Ihr Kind unter Neurodermitis?

Was verschlechtert die Neurodermitis bei Ihrem Kind?

- Nahrungsmittel: ja nein weiß nicht
wenn ja: Kuhmilch Apfel Eier Banane
 Weizen Tomate Fisch Nüsse
 Zitrusfrüchte/Erdbeeren andere:

- Jahreszeiten: ja nein weiß nicht
wenn ja: Winter Sommer Herbst Frühling

- Kleidung: ja nein weiß nicht
Wenn ja: Wolle Synthetik

- Seelische Belastung: ja nein weiß nicht

Mit welchen Cremes/Salben pflegen Sie Ihr Kind?

1.) 2.)
3.) 4.)
5.) 6.)

welche haben geholfen bzw. gelindert:

1.) 2.) 3.) 4.) 5.) 6.)

Baden Sie Ihr Kind regelmäßig?

2-3 mal die Woche 1 mal die Woche möglichst selten

ohne Zusätze

mit Zusätzen:

Welche Medikamente geben Sie Ihrem Kind gegen Juckreiz?

keine

ja, ich gebe

Waren Sie mit Ihrem Kind, wegen der Neurodermitis, schon einmal auf Kur?

nein ja, in

Bei Vorstellungsgrund Asthma / Bronchitis

Wenn Ihr Kind an Dauerhusten oder Asthma oder Bronchitis leidet:

- Ihr Kind hustet oft in der Nacht? ja nein
- Ihr Kind hustet oft nach Anstrengung, Laufen, Spielen, bei kalter Luft oder Nebel?
 ja nein- Ihr Kind hat während einer Erkältung häufig Husten, der länger als 14 Tage anhält? ja nein
- wenn ja: - wie oft im letzten Jahr? mal/Monat mal/Jahr
- wie lange dauern diese Zustände? Stunden 1 Tag
 Tage länger
- Ist das Kind in der Zeit zwischen den Atemnotanfällen beschwerdefrei?
 ja nein
- wenn nein: - welche Beschwerden
 - Reizhusten
 - Husten/Atemnot bei Anstrengung/kalter Luft/Nebel
 - nur langsame Erholung nach Erkältungen

Welche Medikamente haben Sie Ihrem Kind bisher gegeben?

- | | |
|-----------|-----------|
| 1.) | 2.) |
| 3.) | 4.) |
| 5.) | 6.) |

Welche haben geholfen bzw. gelindert:

- 1.) 2.) 3.) 4.) 5.) 6.)

Welche haben nicht geholfen?

- 1.) 2.) 3.) 4.) 5.) 6.)

Wurde Ihrem Kind ein Allergie-Notfall-Set verschrieben?

- ja nein
wenn ja, welche Medikamente?

Besitzen Sie ein Inhaliergerät?

- ja nein
wenn ja, welches?

SPZ-Fragebogen (allgemeiner Teil)

Grund der Vorstellung (möglichst genaue Beschreibung der Beschwerden und Diagnosen)

Anstoß zur Vorstellung durch: _____

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Problematik im Verlauf gleich bleibend zunehmend wechselnd

Welche Erwartungen haben Sie an die Vorstellung?

Weitere mit Ihrem Kind befasste Fachleute/Einrichtungen:

Frühere Kontakte zu einem SPZ oder einer Frühförderstelle

Wurde Ihr Kind bereits in einem SPZ oder einer Frühförderstelle vorgestellt? nein,

wenn ja: SPZ Garmisch Partenkirchen Andere: _____

Bei Wiedervorstellung: zuvor betreuender Arzt/Psychologe: _____

Frühere Untersuchungen oder Behandlungen in anderen Einrichtungen

Wurde Ihr Kind wegen dieser oder anderer Probleme schon in anderen Einrichtungen untersucht und/oder behandelt? Wenn ja, geben Sie bitte die Einrichtung, den Untersuchungszeitraum und den Anlass der Untersuchung an.

Name und Adresse der Klinik, des Arztes, des Therapeuten

Zeitraum der Behandlung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bitte legen Sie entsprechende Arztbriefe, Therapeutenberichte etc. bei und fordern Sie fehlende Dokumente an!

Diagnostik

Es wurde bereits entsprechende Diagnostik durchgeführt:

EEG MRT Labordiagnostik

Allergiediagnostik (siehe Allergieteil)

Wurde Ihr Kind kürzlich bei Augenarzt Nein Ja

oder HNO-Arzt vorgestellt: Nein Ja

Förderung oder Therapie

Erhielt Ihr Kind bereits spezifische Förderung oder Therapie?

Physiotherapie Frühförderung Ergotherapie Logopädie Heilpädagogik

Name und Adresse des Therapeuten

Zeitraum der Behandlung

Krankheiten / Beeinträchtigungen des Kindes

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis? Nein Ja

Bestehen Beeinträchtigungen? Nein Ja

Erhält Ihr Kind Pflegegeld? Nein Ja

Sind Hilfsmittel vorhanden? Nein Ja

Wird Ihre Familie vom Jugendamt betreut? Nein Ja

Erläuterung: _____

Geschwister im SPZ

Wurde(n) ein oder mehrere Geschwisterkind(er) schon einmal im SPZ untersucht?

Nein Ja

Wenn ja: Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

Entwicklungsstand

Wie schätzen Sie den Entwicklungsstand Ihres Kindes in den folgenden Bereichen ein?

Körpermotorik (z.B. Geschicklichkeit beim Laufen, Klettern, Schwimmen, Fahrradfahren)

Stärke Durchschnitt Schwäche

Handmotorik und Koordination (z.B. Malen, Spielen, Basteln, Puzzlen, Schneiden)

Stärke Durchschnitt Schwäche

Sprache (z.B. Aussprache, Wortschatz, Grammatik, Erzählinhalt)

Stärke Durchschnitt Schwäche

Selbstständigkeit (z.B. An- und Ausziehen, Essen, Waschen, Ausführen kleiner Aufträge)

Stärke Durchschnitt Schwäche

Umgang mit anderen Kindern

Stärke Durchschnitt Schwäche

Bewegung und Koordination

Bestehen oder bestanden Probleme mit:

Gleichgewicht Schere und Stifthaltung Knöpfen, Schnürsenkeln, Schraubverschlüssen
 sonstige Auffälligkeiten der Motorik

Erläuterung: _____

Sprache

Werden Probleme berichtet bei: Aussprache Sprachverständnis Grammatik Hören
Wächst ihr Kind mehrsprachig auf? Nein Ja

Welche Sprache(n) werden in ihrem Haushalt gesprochen: _____

In welchen Sprachen können wir mit Ihnen sprechen (ggf. Dolmetscher erforderlich?): _____

Erläuterung: _____

Zeigt Ihr Kind auffällige Verhaltensweisen?

depressive Verstimmungen und Rückzug Konzentrationsprobleme
 übermäßige Ängstlichkeit aggressives Verhalten
 starker Trotz, Probleme im Einhalten von Regeln starke motorische Unruhe

psychische Belastungen in der Schule oder im Familienkreis

häufige Streitereien oder Mobbing im Umgang mit anderen Kindern

Erläuterung: _____

Selbstständigkeit

Die Sauberkeitserziehung ist abgeschlossen? Nein Ja erneutes Einnässen

Bestehen Ein- oder Durchschlafprobleme? Nein Ja

Ist ihr Kind im Alltag selbstständig? Nein Ja

Hobbies und Interessen:

Sport:

Freizeitaktivitäten und Freundeskreis:

Konflikte mit Gleichaltrigen, Probleme innerhalb der Familie:

Lebensereignisse

Belastende Veränderungen für das Kind, z.B. Trennungen, Umzüge, Verluste von Angehörigen

Verlauf der Entwicklung

Auffällige motorische Entwicklung Nein Ja
Auffällige sprachliche Entwicklung Nein Ja
Auffälligkeiten beim Füttern, Saugen o. Schlucken Nein Ja

Erläuterung: _____

Alter beim Erreichen von Meilensteinen der Entwicklung:

Drehen von Rücken in Bauchlage:

Krabbeln:

Freies Laufen:

Fahrradfahren:

Erste sinnvolle Worte:

Zweiwortsätze:

Mehrwortsätze:

Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind? _____ Welche Klasse? _____

Grundschule Mittelschule Realschule Gymnasium Förderschule Andere

In welchen Fächern ist er/sie besonders gut? _____

In welchen Fächern tut er/sie sich schwer? _____

Fehlte Ihr Kind häufiger in der Schule? Nein Ja

Gibt es Probleme mit Mitschülern oder Lehrern? Nein Ja

Erläuterung: _____

Bei Fragestellungen die Aufmerksamkeit, Verhalten oder Leistungen in Schule oder Kindergarten betreffen benötigen wir Einschätzungen von Lehrern oder Erziehern!

Kindergarten

Welchen Kindergarten besucht(e) ihr Kind? _____ Seit wann? _____

Schwangerschaft /Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) wurde Ihr Kind geboren? _____

Gab es während der Schwangerschaft Komplikationen? Nein Ja
Wenn ja, welche?Gab es bei oder unmittelbar nach der Geburt Komplikationen? Nein Ja
Wenn ja, welche?Gab es Probleme schwanger zu werden? Nein Ja**Krankheiten / Behinderungen in der Familie**Gibt es Erkrankungen bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern? Nein Ja
Erläuterung: _____
_____**Geschwister/Halbgeschwister des/der Patient/in**

Vorname	Geschlecht	Alter	Erkrankungen / Auffälligkeiten
_____	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	_____	_____

Raum für ergänzende Angaben