Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

und -psychotherapie

Praxisstempel

Psychosomatik für Kinder und Jugendliche

|  |
| --- |
|  |

Direktor:

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Huss

Geb. 109, 2. Stock

Langenbeckstr.1

55131 Mainz

Telefon: +49 (0) 6131 17-8330

Telefax: +49 (0) 6131 17-5580

[www.https://www.unimedizin-mainz.de/kinderpsychiatrie/uebersicht.html](http://www.https://www.unimedizin-mainz.de/kinderpsychiatrie/uebersicht.html)

**Anmeldebogen**

## Patientendaten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nachname:  |       | Vorname: |       |
| Geburtsdatum:  |       | Geburtsort:  |       |
| PLZ, Wohnort:  |       | Tel./Fax:  |       |
| Straße:  |       | Staatsangehör.:  |       |
| Kontakt E-Mail: |       |  |

## Für welche Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie vor allem Hilfe?

Wir wünschen eine stationäre Aufnahme für o.g. Patient:in [ ]  ja [ ]  nein [ ]  unsicher

Welche medizinischen Maßnahmen haben Sie bzgl. des geschilderten Problems in Anspruch genommen?

Wie alt war Ihr Kind als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?

|  |  |
| --- | --- |
| War das Kind bereits bei uns in Behandlung? [ ]  ja [ ]  nein Sind gegenwärtig ansteckende Keime bekannt, z. B. MRSA [ ]  ja [ ]  neinLiegt bei dem Kind eine Immunschwäche vor, z. B. durch Medikamente? [ ]  ja[ ]  nein |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **Angaben zum Versicherungsstatus**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Krankenkasse /-versicherung:  |       | Stadt:       |
| Nr. der Krankenkassenkarte: |       | Kassen-Nr.:       |
| Über wen ist das Kind versichert?  |       |

 |

## Angaben zu den Eltern

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mutter | Vater |
| Nachname |       |       |
| Vorname |       |       |
| Geburtsdatum |       |       |
| PLZ, Wohnort |       |       |
| Straße |       |       |
| Telefon (wichtig) /ggf. FAX |       |       |
| mobil |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mutter | Vater |
| Erlernter Beruf |       |       |
| Ausgeübter Beruf |       |       |

## Sind die Eltern:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  verheiratet | [ ]  unverheiratet | [ ]  geschieden | [ ]  getrennt lebend |

 [ ]  verwitwet

Sorgeberechtigt ist / sind [ ]  Vater [ ]  Mutter [ ]  Pfleger

## Sind Sie mit den Wohnverhältnissen zufrieden?

[ ]  ja [ ]  nein Wenn nein, warum?

## Nennen Sie bitte die Namen Ihrer Kinder (einschl. Patient:in, auch evtl. verstorbene Kinder)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name | Geburtsdatum | Evtl. Bemerkungen |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

## Zuweisender Arzt bzw. zuweisende Stelle:

|  |
| --- |
| Name:       Telefon:       |
| PLZ Ort:       |
| Straße:       |

## Welchen Ärzten haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt? (Bitte genaue Anschrift angeben)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ärzte | Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon | Wann? |
| Kinderarzt |       |       |
| Kinder- u. Jugend-psychiater |  |  |
| Neurologe |  |       |
| Augenarzt |       |       |
| Orthopäde |       |       |
| Poliklinik |       |       |
| Hals-, Nasen-, Ohrenarzt |       |       |
| Hausarzt |  |  |
| Weitere Ärzte |       |       |

## Bisherige oder laufende Untersuchungen/Behandlungen? (Bitte ankreuzen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Psychologie | [ ]  Ergotherapie | [ ]  Frühförderung  |
| [ ]  Logopädie | [ ]  Physiotherapie | [ ]  andere Behandlungen |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anschrift Therapeut:in | Datum:Anfang - Ende | Aus welchem Anlass? |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |  |  |
|  |  |  |

## Bekannte Diagnosen

## Stationäre Behandlungen?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja |  |
| Krankenhausanschrift | Datum:Anfang - Ende | Wegen welcher Erkrankung? |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

## Bisherige medizintechnische Untersuchungen: (Bitte ankreuzen)

| Untersuchungen | Wannzuletzt? | Einrichtung Name und Ort |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Hörprüfung |       |       |
| [ ]  Sehprüfung |       |       |
| [ ]  Röntgen |       |       |
| [ ]  Computertomografie |       |       |
| [ ]  Kernspintomographie (MRT) |       |       |
| [ ]  Ultraschall |       |       |
| [ ]  EEG |       |       |
| [ ]  Andere |       |       |

## Hat Ihr Kind Hilfsmittel? (Bitte ankreuzen)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Brille | [ ]  Spezialrad | [ ]  Rollstuhl | [ ]  Rollator | [ ]  Sonstiges |
| [ ]  Hörgerät | [ ]  Orthesen  | [ ]  Spezialbett | [ ]  Stehständer |  |

Bitte beschreiben:

## Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

|  |  |
| --- | --- |
| Medikamentenname: | Dosierung: |
| morgens | mittags | abends | nachts |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

## Hat Ihr Kind Unverträglichkeiten / Allergien gegen ein Medikament oder Substanzen (z. B. Latex):

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Nein |  |
| [ ]  Ja | Wenn Ja welche?       |

## Fragen zur Familienvorgeschichte:

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? Bei wem?

### Sind die Eltern des Patienten blutsverwandt?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Nein |  |
| [ ]  Ja | Wie?       |

## Krankheiten oder Störungen in der näheren oder weiteren Familie?

 Bei wem? (Bitte ankreuzen)

|  |  |
| --- | --- |
| Erkrankung: | Wer: |
| [ ]  Geistiger Entwicklungsrückstand |       |
| [ ]  Sehstörungen / Taubheit |
| [ ]  Spastische oder andere Lähmungen |
| [ ]  Krampfanfälle(Epilepsie) |
| [ ]  Asthma, Allergie, Ekzem |
| [ ]  Fehlbildungen |
| [ ]  Bewegungsstörungen |
| [ ]  Depression |
| [ ]  Angsterkrankung |
| [ ]  Psychose |
| [ ]  Suchterkrankung |
| [ ]  Sonstiges |

## Fragen zur Schwangerschaft

Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind? Anzahl:

Wurde die Schwangerschaft durch eine medizinische Maßnahme herbeigeführt?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Nein |  |
| [ ]  Ja | Welche?       |

### Hatte die Mutter Fehlgeburten? [ ]  ja [ ]  nein

Wie viele?       im Jahr       [ ]  Totgeburt

### Besonderheiten während der Schwangerschaft: (Bitte ankreuzen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Monat |  | Monat |
| [ ] Blutung |  | [ ] Unfälle |  |
| [ ] Vorzeitige Wehen |  | [ ] Kontakte zu Giften |  |
| [ ] Schwangerschaftserbrechen |  | [ ] Operationen |  |
| [ ] Erhöhter Blutdruck |  | [ ] Bestrahlungen |  |
| [ ] Ödeme (geschw. Beine) |  | [ ] Diabetes |  |
| [ ] Eiweiß im Urin  |  | [ ] Röntgenuntersuchungen |  |
| [ ] seelische Belastung |  | [ ] Infektionskrankheiten |  |
| [ ] Medikamenteneinnahme |  | [ ] Zigaretten |  |
| [ ] Alkohol |  | [ ]  |  |

## Fragen zur Geburt

 (Sehen Sie dazu bitte Seite 1 des Vorsorgeuntersuchungsheftes U1)

### Wo wurde das Kind geboren

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  im KrankenhausAnschrift / Telefonnummer der Entbindungsklinik:       | [ ]  zu Hause |

### War die Geburt: [ ]  rechtzeitig [ ]  zu früh [ ]  zu spät, welche Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_\_

Wann war der errechnete Geburtstermin? Datum:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| War der Blasensprung mehr als 6 Stunden vor der Geburt? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

Dauer der Geburt:

|  |  |
| --- | --- |
| Dauer der Geburt insgesamt |       |
| Dauer der Presswehen |       |

**Entbindungsbesonderheiten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Spontan  | [ ]  geplanter Kaiserschnitt | [ ]  Saugglocke |
| [ ]  Geburtszange | [ ]  Notkaiserschnitt |  |

### Gab es Komplikationen? (z. B. Nabelschnurumschlingung, Herztonabfall, Beckenendlage, Querlage, Gesichtslage, Nachgeburt)

### Bestand eine Zwillings-, Mehrlingsschwangerschaft?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  nein |  |  |
| [ ]  ja | Wenn ja, war das Kind | [ ]  der erstgeborene Zwilling oder |
|  |  | [ ]  der zweitgeborene Zwilling |

## Fragen zum Neugeborenen

### Geburtsgewicht:       Gramm Länge       cm Kopfumfang       cm

### War eine Beatmung notwendig? [ ]  Ja [ ]  Nein

### Hat das Kind sofort geschrien? [ ]  Ja [ ]  Nein

### Wie waren die APGAR-Werte nach der Geburt?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 Min. nach Geburt       | 5 Min. nach Geburt       | 10 Min. nach Geburt       |

### Bestanden Auffälligkeiten beim Kind?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Nein |  |
| [ ]  Ja | Wenn ja, welche?       |

## Wurde Ihr Kind nach der Entbindung verlegt?

|  |  |
| --- | --- |
| Warum? |       |

In welche Klinik? Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenswochen eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Blutgruppenunverträglichkeit | [ ]  Gelbsucht |
| [ ]  Blutgruppenaustauschtransfusion | [ ]  Krämpfe |
| [ ]  Atemstörungen | [ ]  Infektionen |
| [ ]  Trinkschwäche | [ ]  Erbrechen |
| [ ]  Fieber | [ ]  Sonstiges:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung):

### Wurde Ihr Kind gestillt?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Nein |  |
| [ ]  Ja | Wenn ja, wie lange?       |

Breikost erhielt Ihr Kind ab:       Monat

Feste Nahrung erhielt Ihr Kind ab:       Monat

## Jetzige Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung)

Besonderheiten: (z.B. Saugen, Schlucken, Kauen, Speichelfluss, Ablehnung grober Kost, Neigung zum Erbrechen):

## Bisherige kindliche Entwicklung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Monat |  | Monat |
| Lächeln |       | Hochziehen zum Stehen |       |
| Greifen |       | Erste Worte |       |
| Drehen |       | Erste kurze Sätze |       |
| Robben |       | Selbständig Essen |       |
| Krabbeln |       | Selbständig Anziehen |       |
| Freies Sitzen |       | Sauber, Nachts |       |
| Freies Gehen |       | Erster Zahn |       |

Besonderheiten:

|  |
| --- |
|       |
|       |

Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand / Rückschritt gegeben? Und in welchen Bereichen?

|  |
| --- |
|       |
|       |

## Frühere Erkrankungen, Kinderkrankheiten (bitte ankreuzen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Jahr |  | Jahr |
| [ ]  Masern |       | [ ]  Keuchhusten |       |
| [ ]  Scharlach |       | [ ]  Röteln |       |
| [ ]  Mumps |       | [ ]  Fieberkrämpfe |       |
| [ ]  Windpocken |       | [ ]  Lungenentzündungen |       |
| [ ]  Gehirnhautentzündung |       | [ ]  Unfälle |       |
| [ ]  Pseudokrupp |       | [ ]  Dreitagefieber |       |
| [ ]  Schädelverletzungen |       | [ ]  sonstiges |       |

Ergänzende Angaben, Komplikationen:

* 1. **Impfungen: Bitte legen Sie eine Kopie des Impfpasses bei.**

**Gab es Unverträglichkeiten? [ ]**  ja **[ ]**  nein

## Vegetative Funktionen / Verhaltensauffälligkeiten

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Ängste | [ ]  Wutanfälle | [ ]  Unruhezustände |
| [ ]  Autoaggressionen | [ ]  Nägelbeißen | [ ]  Haare ausreißen |
| [ ]  Stottern | [ ]  Einnässen | [ ]  Einkoten |
| [ ]  Verstopfung | [ ]  Einschlafstörungen | [ ]  Durchschlafstörungen |
| [ ]  Zähne knirschen | [ ]  Daumen lutschen / Schnullern | [ ]  Tics |
| [ ]  Stehlen | [ ]  Zündeln | [ ]  Lügen |
| [ ]  Masturbieren | [ ]  Sonstiges       | [ ]  Schlafwandeln |

Bitte beschreiben?

## Fragen zur sozialen Entwicklung des Kindes

Welche Einrichtungen hat Ihr Kind besucht / besucht Ihr Kind?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Regelkindergarten | [ ]  Sonderschule | Name der Schule/des Kindergartens:      |
| [ ]  Sonderkindergarten | [ ]  Grundschule |
| [ ]  Kinderkrippe | [ ]  Hauptschule | Klasse:       |
| [ ]  Kinderhort | [ ]  Weiterführende Schule | Lehrer/in; Erzieher/in, Tel.:       |

## Wer betreute das Kind überwiegend im

1. Lebensjahr:  2. / 3. Lebensjahr
anschließend:

Lebte das Kind zeitweise in einem Heim? [ ]  nein [ ]  ja Wann /Wo

Ist Ihr Kind ein Adoptivkind /Pflegekind? [ ]  nein [ ]  ja

Lebte oder lebt das Kind in einer Pflegefamilie? [ ]  nein [ ]  ja Wann /Wo

## Haben Sie gesetzliche Hilfen in Anspruch nehmen können?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Jugendamt | [ ]  Versorgungsamt | [ ] Finanzamt | [ ] Sozialamt |

Ansprechpartner im Jugendamt; Tel.:

## Ist der sog. "Grad der Behinderung" (GdB) festgestellt worden?

Wenn ja:       GdB? und welche Bezeichnungen? [ ]  B, [ ]  H, [ ]  G, [ ]  aG, [ ]  RF

## Einstufung bei der Pflegeversicherung?

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]  Anderen

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Vorstellung in der Rheinhessen-Fachklinik Mainz einverstanden.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift eines Sorgeberechtigten