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  neinSind 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 | Wann  zuletzt? | 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 Krankenhaus  Anschrift / 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