



Krankenkasse bzw. Kostenträger Techniker Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten TK-Mustermann Max Barbarastr. 4 D 06110 Halle		
		geb. am 01.01.95
Kassen-Nr. 101575519	Versicherten-Nr. T555558879	Status 1000000
Betriebsstätten-Nr. 867834000	Arzt-Nr. 999999990	Datum 14.07.23

### Überweisungsschein

Aktuelles Quartal **06**  
Quartal

Kurativ   
  Präventiv   
  Behndl. gemäß § 118b SGB V   
  bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallsfolgen   
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 **TTMMJJ**

Überweisung an SPZ Halle

Ausführung von Auftragsleistungen   
  Konsiliaruntersuchung   
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Geschlecht **3 23**    AU bis **TTMMJJ**

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Diagnose bitte hier eintragen!

Befund/Medikation

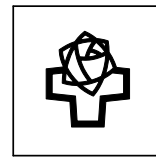
Auftrag

Anschrift Arzt

Unterschrift

Paul Abrechts Verlag, 22952 Lütjensee

# FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IM SPZ



KRANKENHAUS  
ST. ELISABETH &  
ST. BARBARA

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum  m /  w

PLZ, Wohnort, Straße

Bild vom  
Kind wäre  
schön

Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara

**Sozialpädiatrisches Zentrum**  
**Barbarastraße 4**  
**06110 Halle (Saale)**

CÄ Dr. med. Ch. Fritsch  
Tel.: 0345 213-5702

[empfang.spz@krankenhaus-halle-saale.de](mailto:empfang.spz@krankenhaus-halle-saale.de)

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Nationalität:  deutsch  andere Sprache: \_\_\_\_\_

Dolmetscher (Name/Telefon):

Gesetzlicher Vertreter:  Eltern  Vater  Mutter  Vormund

Das Kind lebt bei seinem gesetzlichen Vertreter:  Ja  Nein

wenn **NEIN**: bei wem und wo?

## Fragen zu den Eltern

	Vater	Mutter
Name, Vorname (Geburtsname)		
Geburtsdatum		
Wohnung (nur, wenn von obiger Adresse abweichend)		
Schulabschluss		
erlernter Beruf / ausgeübte Tätigkeit		
Arbeitsdauer	<input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> arbeitslos
Staatsangehörigkeit / Herkunftsland:	<input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> andere _____

**Waren Sie mit einem Geschwister Ihres Kindes bereits in unserer Einrichtung?**

Ja (wann \_\_\_\_\_) Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Nein

## Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung

Krankenkasse:  gesetzlich  privat  Beihilfe

Rentenversicherungsträger:  RV Bund  RV Mitteldeutschland  andere

Über wen ist das Kind versichert? \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

(Name, Anschrift, Telefon) \_\_\_\_\_



## Fragen zu den Schwierigkeiten Ihres Kindes

1. Für welche Probleme Ihres Kindes suchen Sie vor allem Hilfe? (Eine kurze Beschreibung ist **dringend erforderlich!**)

---



---



---



---



---

2. In welchem Bereich bestehen Störungen bzw. Auffälligkeiten? / seit wann?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Koordination / Gleichgewicht/Bewegung      | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung                       | <input type="checkbox"/> Ernährung            |
| <input type="checkbox"/> Sprache                                    | <input type="checkbox"/> Verhalten            |
| <input type="checkbox"/> Hör- und Sehvermögen                       | <input type="checkbox"/> Erziehung            |
| <input type="checkbox"/> Wachstum / Körperbau (z. B. Fehlbildungen) | <input type="checkbox"/> Schulleistungen      |
| <input type="checkbox"/> familiäre Probleme                         | <input type="checkbox"/> anderes: _____       |

3. Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

---



---



---

4. Wer hat Ihnen zur Vorstellung im SPZ geraten?

## Fragen zu den bisher aufgesuchten Ärzten und Untersuchungen

Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

	Name	Praxisort	wann	Befund
Kinderarzt				
Neuropädiater				
HNO-Arzt				Hörprüfung
Augenarzt				
Psychologe Psychotherapeut				
Erziehungsberatungsstelle				
Schulpsychologe				
EEG / Neurologe				
MRT/CT				
Röntgen				



## Fragen zur Schwangerschaft

- Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind? Der \_\_\_\_\_ Schwangerschaft.
- Hatten Sie Fehlgeburten / Totgeburten?  Ja (wann \_\_\_\_\_)  Nein
- Bestanden während der Schwangerschaft eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Besonderheiten?
 

<input type="checkbox"/> Blutung / drohende Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Seelische Belastung
<input type="checkbox"/> Schweres Erbrechen (über Monate)	<input type="checkbox"/> Alkohol-/Zigarettenkonsum / Drogen
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Bestrahlungen / Röntgenuntersuchungen
<input type="checkbox"/> Ödeme	<input type="checkbox"/> Operationen
<input type="checkbox"/> Harnwegsinfektionen / Eiweiß im Urin	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker)
- Wie alt waren die Eltern bei der Geburt des Kindes? Mutter \_\_\_\_\_ Jahre Vater \_\_\_\_\_ Jahre

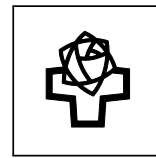
## Fragen zur Geburt

- Die Entbindung erfolgte  zu Hause  im Krankenhaus  Geburtshaus o.ä.
- Die Geburt erfolgte  rechtzeitig  zu früh / zu spät \_\_\_\_\_ Tage/Wochen
- War der Fruchtwasserabgang vorzeitig (mehr als 6 Stunden vor der Geburt)?  Ja  Nein  nicht bekannt
- War das Fruchtwasser grün?  Ja  Nein  nicht bekannt
- War die Nachgeburt (Placenta) auffällig?  Ja  Nein  nicht bekannt
- War einer der folgenden Eingriffe notwendig?  Kaiserschnitt / Saugglocke / Zange
- Bestanden andere Komplikationen (z.B. Nabelschnurvorfal)?  Ja  Nein  
wenn Ja: welche?  
\_\_\_\_\_
- Bestand eine Zwillings- o. Mehrlingsschwangerschaft?  Ja  Nein

## Fragen zum Neugeborenen

- Geben Sie bitte an: Gewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm  
Apgarwerte: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NS-pH: \_\_\_\_\_
- Hat das Kind sofort geschrien?  Ja  Nein
- Gab es nach der Geburt Probleme?  Ja  Nein  
wenn Ja: welche?  
\_\_\_\_\_
- Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt?  Ja  Nein  
wenn JA: an welchem Tag? \_\_\_\_\_  
Anschrift der Klinik: \_\_\_\_\_

# FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IM SPZ



5. Hatte das Kind in den ersten Lebenstagen
- Atemstörungen
  - Fieber
  - starke Gelbsucht
  - Trinkschwäche
  - Krämpfe
  - andere Erkrankungen
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
6. Wurde Ihr Kind
- gestillt
  - nicht gestillt?
- wie lange: \_\_\_\_\_?
7. Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme?  
(Beim Schlucken, Saugen, Kauen; Speichelfluss etc.)
- Ja
  - Nein
- wenn JA: welche? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Fragen zur Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter

Zu welchem Zeitpunkt konnten Sie erstmals (etwa) beobachten:

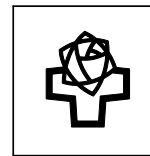
- Lächeln mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Drehen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Krabbeln mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Greifen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Freies Sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Freies Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Erste sinnvolle Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten
- 2-Wort-Sätze mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Sauber (tags) mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Sauber (nachts) mit \_\_\_\_\_ Monaten

## Fragen zu früheren Erkrankungen und Behandlungen

1. Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind bereits?
- \_\_\_\_\_
2. Erhielt Ihr Kind Impfungen? (bitte Impfausweis mitbringen!)  Ja  Nein
3. Gab es bei den Impfungen Komplikationen?  Ja  Nein
- wenn JA: welche?
- \_\_\_\_\_

4. In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt?

Anschrift der Klinik	wann	wie lange	wegen welcher Erkrankung



5. Erhielt oder erhält Ihr Kind eine der folgenden Behandlungen / Förderungen?

	wegen	wo
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik		
<input type="checkbox"/> heilpädagogische Frühförderung		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie		
<input type="checkbox"/> Komplexleistung IFF		

6. Welche Hilfsmittel hat Ihr Kind?

- Rollstuhl       Schienen       Brille  
 Hörgeräte       anderes: \_\_\_\_\_

## Fragen für Kinder mit epileptischen Anfällen

1. Wie läuft der Anfall ab?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Wie oft findet ein Anfall statt?       mehrmals täglich       mal pro Woche  
 \_\_mal monatlich       mal jährlich

3. Gibt es begleitende oder auslösende Umstände der Anfälle?       Fieber  
 Erregung  
 Schlaf  
 andere: \_\_\_\_\_

4. Der erste Anfall war am: \_\_\_\_\_ Der letzte Anfall war am: \_\_\_\_\_

5. Bei wem ist Ihr Kind wegen des Anfallsleidens in Betreuung?

## Fragen zu Medikamenten

Nimmt Ihr Kind z. Zt. regelmäßig Medikamente ein?

Medikament	Dosierung	seit wann



## Fragen zum Kindergarten- / Schulbesuch Ihres Kindes

1. Welche der folgenden Einrichtungen hat Ihr Kind besucht bzw. besucht es jetzt noch?

- Kindertagesstätte ab \_\_\_\_\_ Jahre
- Grundschule mit/ohne Förderbedarf \_\_\_\_\_
- weiterführende Schule \_\_\_\_\_
- Förderschule
- integrative Kindertagesstätte
- als Integrationskind
- in Beantragung
- als Regelkind

2. Anschrift der Kindereinrichtung/der Schule, die Ihr Kind z. Zt. besucht:

## Fragen zur Pflege und Umgebung des Kindes

1. Von wem wurde das Kind bisher vorwiegend erzogen?

- Mutter
- Vater
- beiden Eltern
- Großeltern
- anderen Bezugspersonen:

2. Befand sich Ihr Kind in einer oder mehreren Pflegefamilien, Adoptivfamilien, bei Verwandten oder Bekannten oder zeitweise in einem Kinderwohnhaus oder einer Kinderwohngruppe?

wenn JA: wo und wann?

3. Wie viele Personen leben in der Familie? \_\_\_\_\_ Personen

4. Gab es besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes?
- Tod der Mutter
  - Tod des Vaters
  - Trennung der Eltern
  - häufiger Wohnungswechsel
  - anderes

5. Gibt es Geschwister? Führen Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf in der Reihenfolge der Geburten (ggf. auch verstorbene Kinder)!

Vorname	Geburtsdatum	Kindergarten Schule/Klasse Berufsausbildung	Besondere Probleme/ Krankheiten





## Fragen zur Familienvorgeschichte

1. Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Besonderheiten, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen?  Ja  Nein
2. Sind die Eltern blutsverwandt (z. B. Cousin und Cousine)?  Ja  Nein
3. Welche der folgenden Krankheiten sind in der engeren oder weiteren Familie aufgetreten?
  - Geistiger Entwicklungsrückstand
  - Krampfanfälle
  - Fehlbildungen
  - Hörbehinderung / Taubheit
  - Asthma / Ekzem / Nesselsucht
  - spastische oder andere Lähmungen
  - verzögerte oder gestörte Sprachentwicklung
  - Sehbehinderung / Blindheit
  - psychische Erkrankungen

Bitte nähere Angaben dazu:

---

---

## Fragen nach staatlichen Hilfen

Welche der nachfolgenden Hilfen haben Sie für Ihr Kind beantragt oder erhalten?

- Schwerbehindertenausweis, Grad der Behinderung / Merkzeichen
- Pflegegrad

Leistungen von  Sozialamt  Jugendamt  andere: \_\_\_\_\_  
 Familienhilfe (Name / Telefonnummer): \_\_\_\_\_

Welche Art von Leistungen?

---

## Fragen zur Beantwortung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ Mutter Vater mit Hilfe von: \_\_\_\_\_

Ich/Wir bin/sind einverstanden, dass der Abschlussbericht zu Händen des überweisenden Arztes geht.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit einem Überweisungsschein Ihres Kinder- oder Hausarztes zurück an:**

**SPZ, Barbarastrasse 4, 06110 Halle (Saale)**

**oder per E-Mail:  
empfang.spz@krankenhaus-halle-saale.de**

**Wir übersenden Ihnen danach schriftlich den Termin zur Erstvorstellung in unserem Haus.**