

**Eingangsdatum im SPZ:**

Universitätsklinikum Düsseldorf  
Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie  
Sozialpädiatrisches Zentrum

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>PLZ und Ort:</b>	<b>Straße:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>Kindergarten:</b>	<b>Schule:</b>	<b>Klassenstufe:</b>
<b>Sprache/n:</b>	<b>E-Mail-Adresse:</b>	
<b>Kinderarzt/Kinderärztin:</b>		
<b>Sondervermerke:</b>		

## Fragebogen für Eltern zur Terminvergabe im SPZ

**Nennen Sie uns bitte den Hauptgrund für die Anmeldung Ihres Kindes:**


**Auf welchem Gebiet bestehen Störungen oder Auffälligkeiten bei Ihrem Kind?**  
(mehrere Nennungen sind möglich)

**Neurologische Fragen:**

	Bewegung/Fein-/Grobmotorik		geistige Entwicklung
	Cerebralparese		Sprache
	Sehen		Hören
	V.a. Tics/Zuckungen		Neonatologie/Risikogeborene
	Kopfschmerzen		Z.n. neurologischer/traumatischer Vorerkrankung
	Anfälle und anfallsverdächtige Ereignisse		Epilepsie

**Verhalten:**

	Aggressivität		Autoaggression/Stimulation
	Ängste		traurige Verstimmung
	Sozialverhalten		Schlafstörungen
	Unruhe/Impulsivität		Bauchschmerzen/Übelkeit
	Erziehungsprobleme		Pubertät
	familiäre Belastung		Gewalterfahrung

**Schule:**

	Lernschwierigkeiten		Aufmerksamkeit/Konzentration
	Schreiben/Lesen		Rechnen
	Schulformfrage		kognitive Leistungsdiagnostik
	Schuljahrwiederholung		Einschulung

**Vorstellung wegen Erst-/Weiterverordnung von:**

Logopädie	Physiotherapie	Ergotherapie	Motopädie	Frühförderung
-----------	----------------	--------------	-----------	---------------

**Andere Gründe:**


**Bei welchem der genannten Punkte erhoffen Sie sich Hilfe von uns?**


**A) Bisherige Behandlungen:**

		Jahr
Kinderarzt/-ärztin bzw. Allgemeinarzt/-ärztin		
Orthopäde/-in		
Psychologe/-in Psychotherapeut/in		
Ergotherapie		
Logopädie		
Physiotherapie		
Polikliniken (z.B. Universität)		
SPZ Behandlungen		

**B) Bisherige Untersuchungen:**

	Wann?	Wo?	Mit welchem Ergebnis?
Hörtest			
Sehtest			
EEG			
MRT oder CT			
Sonstige			

**C) Welche Medikamente werden zurzeit eingenommen?**

Medikament:	Dosis:	Seit wann?

**D) Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Schienen, Hörgerät usw.):**


Bitte hier vom zuweisenden Kinderarzt/Kinderärztin stempeln lassen.

--

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragenbogen zurück an:**

Universitätsklinikum Düsseldorf  
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin  
Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie  
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)  
Moorenstr. 5  
40225 Düsseldorf

Bitte haben Sie Geduld. Die Durchsicht und Überprüfung der Dringlichkeit Ihres Anliegens durch unser SPZ-Team erfordert Zeit. Wir bemühen uns, Ihnen zeitnah eine Rückmeldung zu geben.