



Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

**KLINIK FÜR KINDER- UND
JUGENDMEDIZIN**

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM | Klinik für Kinder- und Jugendmedizin | 89070 Ulm
Sozialpädiatrisches Zentrum
Frauensteige 10
89075 Ulm

Ärztliche Direktorin
Prof. Dr. med. Miriam Erlacher
Eythstraße 24
89075 Ulm

Einwilligungserklärung zur Behandlung am SPZ Ulm

Hiermit bestätige/n ich/ wir,

- dass alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung unseres Kindes
(Vorname, Nachname) geboren am im SPZ einverstanden sind.
 nein ja
- dass von meinem/ unserem Kind, im Rahmen der Behandlung, zu medizinischen Zwecken (z.B. bei EEG
Aufnahmen) Fotos und Videoaufnahmen gemacht werden dürfen.
 nein ja
- dass sich das SPZ zur Erfüllung der Versorgung/ Behandlung meines/ unseres Kindes mit den von uns
aufgeführten Institutionen austauschen und unsere Daten dabei wechselseitig offenbart werden dürfen.
 nein ja

Institutionen (Name, Adresse, Telefon)

- Kinderarzt:
- Arzt:
- Therapeuten:
- Kindergarten/ -krippe:
- Schule:
- Beratungsstelle:
- Sonstiges:
- dass ich/ wir für jedes Quartal der Behandlung am SPZ einen Überweisungsschein vom Kinderarzt
vorlegen werden. Ich/ Wir nehme/n hiermit zur Kenntnis, dass mir/ uns für wahrgenommene Termine
ohne das Vorliegen eines Überweisungsscheines im jeweiligen Quartal, die Behandlung meines/ unseres
Kindes am SPZ in Rechnung gestellt werden wird.

**Änderungen im Sorgerecht, insbesondere bezüglich Gesundheitsfürsorge, müssen dem SPZ umgehend
Mitgeteilt werden, solange sich das Kind dort in Behandlung befindet.**

Diese Einverständniserklärung ist gültig bis Widerruf.

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Ort, Datum: Unterschrift Sorgeberechtigte/r:

Ort, Datum: Unterschrift Sorgeberechtigte/r:

DGM Zertifiziertes
Neuromuskuläres Zentrum

Zentrum für Seltene
Neurologische Erkrankungen
(ZSE Ulm)

Zentrum für Seltene
Neuromuskuläre Erkrankungen

Hinweis: Informationen zum Datenschutz können Sie dem **Informationsblatt zum Datenschutz** der Klinik entnehmen
(https://www.uniklinik-ulm.de/downloads/GVO_TIE_Infoblatt.pdf).

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM Anstalt des Öffentlichen Rechts, Sitz Ulm | UST-ID. Nr. DE147040060
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Clemens Benz. Vorstand: Prof. Dr. Udo X. Kaisers (Vorsitzender),
Christa Hohner (Stellv.), Prof. Dr. Florian Gebhard, Prof. Dr. Thomas Wirth, Robert Jeske
Sparkasse Ulm IBAN: DE16 6305 0000 0000 1064 78 BIC: SOLADES1ULM



UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM | Klinik für Kinder- und Jugendmedizin | 89070 Ulm

Screening-Fragebogen Kinderarzt

Sehr geehrte Kollegen, liebe Eltern,

dieser Fragebogen hilft uns bei zur Einschätzung Ihres Bedarfs und der Vorbereitung der Terminvergabe. Bitte lassen Sie den Kinderarzt den Bogen vollständig ausfüllen. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt!

Kind/ Jugendliche/r

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich divers

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort, Landkreis:

Staatsangehörigkeit:

Kindergarten/ Schule + Klasse:

Bei wem lebt das Kind? leibliche Eltern leiblicher Vater leibliche Mutter Pflegeeltern Adoptiveltern Andere:

Es besteht gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht bei Mutter bei Vater Sorgerecht liegt bei:

Wurde die Gesundheitsfürsorge auf andere Personen übertragen? Nein Ja, auf:

Welche Sprache sprechen Sie zuhause überwiegend? deutsch Andere:

Ist ein/e Dolmetscher/in notwendig für den Termin? Nein Ja

Krankendaten

Krankenkasse:

Hauptversicherte/r, Geburtsdatum:

Kontaktinformationen Eltern/ Gesetzliche/r Vertreter/in

Telefonnummer:

Alternative Telefonnummer:

Email:

Wünschen Sie die Vorstellung in einer unserer Spezialsprechstunden?

- Muskelsprechstunde
- pädiatrische Neurofibromatose-Sprechstunde

Ärztliche Direktorin
Prof. Dr. med. Miriam Erlacher
Eythstraße 24
89075 Ulm

Sektion Neuropädiatrie,
Stoffwechsel und
Sozialpädiatrisches Zentrum
Leiter: Prof. Dr. S. Cirak
Frauensteige 10
89075 Ulm
T: 0731 500 57010
F: 0731 500 57011

DGM Zertifiziertes
Neuromuskuläres Zentrum

Zentrum für Seltene
Neurologische Erkrankungen
(ZSE Ulm)

Zentrum für Seltene
Neuromuskuläre Erkrankungen

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

- o Epilepsiesprechstunde
- o Sprechstunde für angeborene Stoffwechselerkrankungen

Medizinischer Überweisungsgrund

o Es besteht der Verdacht auf (*bitte ankreuzen*):

- o Entwicklungsstörung
 - o der Sprache
 - o der Motorik
 - o der Kognition
- o Epilepsie
- o Muskelerkrankung
- o Cerebralparese
- o Autismus
- o Anderes:

o Eine Diagnose wurde bereits gestellt, es besteht der Bedarf nach weiterer Diagnostik/ Behandlung, weil,

Gestellte Diagnose:

Wurde das Kind zu früh geboren? o nein o ja

 Wenn ja, in welcher Woche?

Kinderarzt (Name, Ort)

Datum, Unterschrift Kinderarzt

Sehr geehrte/r Kollege/in bitte beachten Sie, dass eine isolierte Lese-Rechtschreibstörung oder Dyskalkulie aktuell nicht zu den primären Diagnosen des SPZ gehören. Sie können zur Diagnostik einer isolierten Teilleistungsstörung die zuständigen Schulpsychologen kontaktieren.

Hat Ihr Kind in den letzten 24 Monaten eine oder mehrere der folgenden Unterstützungen erhalten?

- Frühförderung o nein o ja, seit o geplant, ab
- Physiotherapie o nein o ja, seit o geplant, ab
- Ergotherapie o nein o ja, seit o geplant, ab
- Logotherapie o nein o ja, seit o geplant, ab
- Psychotherapie o nein o ja, seit o geplant, ab
- Anderer Therapien o nein o ja, seit o geplant, ab

 Wenn ja, welche?

Gibt es familienunterstützende Maßnahmen?

o ja o nein Wenn ja, welche?

Werden Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen?

Pflegegeld: o nein o ja, seit o beantragt

Pflegegrad: o I o II o III o IV o V

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung / Schwerbehinderung getroffen?

Schwerbehindertenausweis: o nein o ja o beantragt

Grad der Behinderung: o 50 o 60 o 70 o 80 o 90 o 100

Merkzeichen: o G o H o B o aG o Bl o RF o Gl

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten!

Platz für weitere Mitteilungen

.....
.....
.....

Bitte übermitteln Sie uns diesen Fragebogen direkt über diesen Link. Nach Erhalt prüfen wir Ihre Anfrage und geben der Familie Rückmeldung oder verweisen Sie an eine zuständige Stelle. Falls nicht anders möglich, können Sie den Fragebogen auch eingescannt als PDF [LINK] oder postalisch versenden, hierbei kann es aufgrund des erhöhten Verwaltungsaufwandes zu einer deutlich längeren Bearbeitungszeit kommen. (Email: anmeldung.spz@uniklinik-ulm.de; Postadresse: Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sektion Sozialpädiatrisches Zentrum und Pädiatrische Neurologie, Frauensteige 10, 89075 Ulm)

Übermitteln Sie der Familie bitte Kopien aller relevanten Arztberichte/ Befunde (z.B. Phoniatrie, MRTs, Ergo, Physio, EEG, Psychologie), damit uns die Familie diese nach unserer Rückmeldung mit einem weiterführenden Fragebogen (Erhalt bei Terminvergabe) zukommen lassen kann.



UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM | Klinik für Kinder- und Jugendmedizin | 89070 Ulm

Elternfragebogen vor dem ersten Termin am SPZ

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen hilft uns bei zur Einschätzung Ihres Bedarfs und der Vorbereitung auf den Termin Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie ihn (ggf. in Absprache mit dem Kinderarzt) vollständig aus. Alle Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig und werden streng vertraulich behandelt!

Kind/ Jugendliche/r

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Geschlecht: o männlich o weiblich o divers
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort, Landkreis:
Staatsangehörigkeit:
Kindergarten/ Schule + Klasse:

Kontaktinformationen nächster Angehörigen (Eltern/ Gesetzliche/r Vertreter/in)

Name, Vorname:
Beruf
Straße, Hausnummer:
Wohnort:
Telefonnummer:
Email:
Name, Vorname:
Beruf
Straße, Hausnummer:
Wohnort:
Telefonnummer:
Email:

Was macht Ihnen Sorgen/ Probleme bei Ihrem Kind/ Warum kommen Sie zu uns?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ärztliche Direktorin
Prof. Dr. med. Miriam Erlacher
Eythstraße 24
89075 Ulm

Sektion Neuropädiatrie, Stoffwechsel und Sozialpädiatrisches Zentrum
Leiter: Prof. Dr. S. Cirak
Frauensteige 10
89075 Ulm
T: 0731 500 57010
F: 0731 500 57011

DGM Zertifiziertes Neuromuskuläres Zentrum

Zentrum für Seltene Neurologische Erkrankungen (ZSE Ulm)

Zentrum für Seltene Neuromuskuläre Erkrankungen

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

.....
.....
.....

Beschwerden Ihres Kindes

Zu dem Problem, wegen dem Sie zu uns kommen: Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Diagnose gestellt?

ja nein Wenn ja, welche?

Wurden bereits Untersuchungen durchgeführt?

ja nein Wenn ja, welche?

(Bitte legen Sie Kopien von Arztberichten, Befunden, MRT-Bildern etc. bei oder bringen diese zu Ihrem ersten Termin mit)

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	
Name Medikament	Dosierung
.....
.....
.....
.....
.....

Sind Ihnen Allergien Ihres Kindes bekannt?

ja nein Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Krampfanfälle?

ja nein Wenn ja,

 Wann zuletzt?

 Wie häufig sind sie?

 Wie lange dauern sie?

 Wie genau sehen die Anfälle aus?

.....

.....

Gab oder gibt es weitere medizinische Probleme (andere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden)?

ja nein Wenn ja, welche?

.....

.....

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

Ist Ihr Kind nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission (StIKo) geimpft? (Bitte bringen Sie eine Kopie des Impfausweises Ihres Kindes mit zu Ihrem Termin!)

nein ja

Falls zusätzliche Impfungen: Welche?.....
.....

Benötigt Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel? (Brille, Einlagen, Hörgeräte, Rollstuhl, o.ä.)

ja nein Wenn ja, welche?

Fördersituation Ihres Kindes

Erhält Ihr Kind Frühförderung? nein ja, seit geplant, ab

Wenn ja, in welcher Einrichtung? (Name der Einrichtung, Kontaktperson, Telefonnummer)

Erhält oder erhielt Ihr Kind eine der folgenden Therapien oder Diagnostik?

Physiotherapie nein ja, seit Wie oft?

Wenn ja, in welcher Einrichtung? (Name der Einrichtung, Kontaktperson, Telefonnummer)

Ergotherapie nein ja, seit Wie oft?

Wenn ja, in welcher Einrichtung? (Name der Einrichtung, Kontaktperson, Telefonnummer)

Logotherapie nein ja, seit Wie oft?

Wenn ja, in welcher Einrichtung? (Name der Einrichtung, Kontaktperson, Telefonnummer)

Psychotherapie nein ja, seit Wie oft?

Wenn ja, in welcher Einrichtung? (Name der Einrichtung, Kontaktperson, Telefonnummer)

Andere Therapien nein ja, seit geplant, ab

Wenn ja, welche und wie oft?

Gibt es familienunterstützende Maßnahmen?

ja nein Wenn ja, welche?

Angaben zur Familie

Hat Ihr Kind Geschwister/ Halbgeschwister (von väterlicher **V**/ mütterlicher **M** Seite)?

- Name, Geburtsdatum
- Name, Geburtsdatum
- Name, Geburtsdatum
- Name, Geburtsdatum
- Name, Geburtsdatum

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

Sind bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern (von väterlicher V/ mütterlicher M Seite) besondere oder chronische Krankheiten oder psychische Belastungen bekannt?

Wenn ja, bei wem und welche?

.....

.....

Angaben zu Schwangerschaft und Geburt Ihres Kindes

Gab es Fehl- oder Totgeburten? nein ja

Wenn ja, wann

Gab es Probleme in der Schwangerschaft? nein ja

Wenn ja, was und wann?

.....

.....

Erfolgte die Geburt im Krankenhaus? nein ja

Wenn nein, wo

Wurde Ihr Kind zu früh geboren? nein ja

Wenn ja, in welcher Woche?

Gab es bei der Geburt Komplikationen? nein ja

Wenn ja, welche?

.....

.....

Alter der Eltern bei der Geburt: Mutter: Vater:

Welche Werte zur Geburt sind im gelben Vorsorgeheft verzeichnet?

Gewicht und Länge: /

Kopfumfang:

pH-Wert:

APGAR-Werte:

Angaben zu den ersten 4 Lebenswochen Ihres Kindes

Gab es Probleme oder Komplikationen? nein ja

Wenn ja, welche?

.....

Wurde Ihr Kind in einer Kinderklinik betreut? nein ja

Wenn ja, welche?

Mit welchen Diagnosen?

.....

Bisherige Entwicklung Ihres Kindes

Füllen Sie folgende Angaben so gut Sie sich erinnern aus. Wann konnte Ihr Kind...?

Gezieltes Greifen: im Alter von Monaten.

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

Umdrehen von Rücken- in Bauchlage	...im Alter von	Monaten.
Freies Sitzen	...im Alter von	Monaten.
Krabbeln	...im Alter von	Monaten.
Selbständiges Stehen	...im Alter von	Monaten.
Selbständiges Gehen	...im Alter von	Monaten.
Erste 2 bis 3 sinnvolle Wörter	...im Alter von	Monaten.
Erste Zweiwortsätze	...im Alter von	Monaten.
Zeigt auf benannte Körperteile	...im Alter von	Monaten.
Einfaches Rollenspiel („so tun als ob“)	...im Alter von	Monaten.
Tagsüber sauber und trocken	...im Alter von	Monaten.
Nachts sauber und trocken	...im Alter von	Monaten.

Er/ Sie zählt zurzeit sicher bis:

- Spricht Ihr Kind aktuell? nein ja
- Wenn Nein, Er/ Sie hat noch nie ein sinnvolles Wort gesprochen
 Er/ Sie spricht nicht mehr seit
- Wenn Ja, Er/ Sie spricht einzelne Wörter
 Er/ Sie spricht in sinnvollen 2 Wortsätzen („z.B. „Auto haben“, „Hause gehen“, ...)
 Er/ Sie spricht in sinnvollen 3 Wortsätzen (z.B. „Mama Zimmer gehen“, „Baby nicht essen“, ...)
 Er/ Sie spricht fließend

Hat Ihr Kind in einem der genannten oder einem anderen Bereich (z.B. Motorik, Sprache, Essen ...) schonmal etwas nicht mehr gekonnt/ scheinbar verlernt/ macht es nicht mehr, was es bereits gekonnt hatte? nein ja

 Wenn ja, in welchem Bereich/ was genau und wann?

.....

.....

.....

.....

Angaben zu Kinderkrippe/ Kindergarten/ Schule

Aktuell: Besuch von Kinderkrippe/ Kindergarten / Schule?

- nein ja, seit geplant, ab
- Wenn ja, welche/n (Name & Art der Einrichtung, Kontaktperson, Telefon):
-
-
- Mein Kind geht aktuell in die Klasse Einschulungsjahr
- Wurde Ihr Kind später eingeschult? nein ja

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

Wenn ja, warum?

.....

Hat Ihr Kind schonmal eine Klasse wiederholt? nein ja

Gibt es Probleme in Kindergarten oder Schule? nein ja

Wenn ja, welche?

.....

Hat Ihr Kind schonmal eine Integrationshilfe/ Schulbegleitung im Kindergarten oder der Schule gehabt?

nein ja, seit geplant, ab

Wenn ja, welche/n (Name & Art der Unterstützung, Name & Telefon der unterstützenden

Person):

.....

Welche Stärken hat er/sie in

.....

Verhalten Ihres Kindes

Gibt es Verhaltensprobleme in der Einrichtung (Schule oder Kindergarten)? nein ja

Wenn ja, welche?

.....

Gibt es Verhaltensprobleme zuhause? nein ja

Wenn ja, welche?

.....

Was und wie spielt Ihr Kind gern/ am liebsten?

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten!

Platz für weitere Mitteilungen (Möchten sie uns noch etwas mitteilen?)

.....

.....

.....

.....

.....

Klinikumsinterne Klassifikation:
STRENG VERTRAULICH

Bitte übermitteln Sie uns diesen Fragebogen direkt über diesen Link und lassen Sie uns den Überweisungsschein des Kinderarztes sowie die unterschriebene Behandlungsvereinbarung postalisch zukommen.

Falls nicht anders möglich, können Sie den Fragebogen auch postalisch versenden, hierbei kann es aufgrund des erhöhten Verwaltungsaufwandes zu einer deutlich längeren Bearbeitungszeit kommen. (Email: anmeldung.spz@uniklinik-ulm.de; Postadresse: Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sektion Sozialpädiatrisches Zentrum und Pädiatrische Neurologie, Frauensteige 10, 89075 Ulm)

Denken Sie bei Ihrem Termin bitte daran, das U-Heft, Kopien des Impfpasses, Kopien aller relevanten Arztberichte/ Befunde (z.B. Phoniatrie, Kernspintomographie (MRT), Ergo, Physio, EEG, Psychologie) und Kopien der Zeugnisse Ihres Kindes mitzubringen!

o Hiermit bestätige/n ich/ wir die Richtigkeit unserer Angaben.

Hinweis: Informationen zum Datenschutz können Sie dem **Informationsblatt zum Datenschutz** der Klinik entnehmen (https://www.uniklinik-ulm.de/downloads/GVO_TIE_Infoblatt.pdf).