



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

- Epilepsiesprechstunde
- Sprechstunde für angeborene Stoffwechselerkrankungen

Medizinischer Überweisungsgrund

○ Es besteht der Verdacht auf (bitte ankreuzen):

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

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

Gestellte Diagnose:

Wurde das Kind zu früh geboren? ○ nein ○ 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 | ○ nein | ○ ja, seit | ○ geplant, ab |
| Physiotherapie | ○ nein | ○ ja, seit | ○ geplant, ab |
| Ergotherapie | ○ nein | ○ ja, seit | ○ geplant, ab |
| Logotherapie | ○ nein | ○ ja, seit | ○ geplant, ab |
| Psychotherapie | ○ nein | ○ ja, seit | ○ geplant, ab |
| Andere Therapien | ○ nein | ○ ja, seit | ○ geplant, ab |

Wenn ja, welche?

Gibt es familienunterstützende Maßnahmen?

○ ja ○ nein Wenn ja, welche?

Werden Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen?

Pflegegeld: ○ nein ○ ja, seit ○ beantragt

Pflegegrad: ○ I ○ II ○ III ○ IV ○ V

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

Schwerbehindertenausweis: ○ nein ○ ja ○ beantragt

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

Merkzeichen: ○ G ○ H ○ B ○ aG ○ Bl ○ RF ○ 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.