



„Wir sind für alle Kinder da.“

Sozialpädiatrisches Zentrum
Institut für Neuro- und Sozialpädiatrie Hamburg-Ost

Aufnahmebogen

registration form

Bitte um Rücksendung innerhalb von zwei Wochen.

Please return this registration form within two weeks (in advance of your appointment).

Ohne gültige Überweisung des Kinderarztes kann kein Termin stattfinden.

No appointment can take place without a valid referral from the paediatrician

Name des Kindes _____
surname of the child

Vorname _____
first name

Geburtsdatum _____
date of birth

Nationalität _____
nationality

Geschlecht Weiblich
gender female

Männlich
male

Straße/Haus-Nr. _____
address

PLZ/Ort _____
postcode/city

Telefon, privat _____
private phone number

mobil _____
mobile number

E-Mail _____
Email

Krankenkasse _____
health insurance company

Mutterprache, wenn keine Deutschkenntnisse vorliegen _____
language, if not german

Erziehungsberechtigt
Legal guardian:

Name _____
name

Sorgerecht _____
custody yes

Anschrift (falls von Anschrift des Kindes abweichend)
address (if different from the child's address)

Vater _____
father

Mutter _____
mother

Andere _____
other

Datum und Unterschrift der Erziehungsberechtigten
date and signature of guardian

Behandelnder Kinderarzt, Stempel und Unterschrift
attending paediatrician

Ärztliche Fragestellung, Angaben bitte vom Arzt:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen.

Please answer the following questions.

Warum möchten Sie Ihr Kind im Institut vorstellen?

Why would you like to present your child to the Institute?

Wer hat die Vorstellung ihres Kindes im Institut empfohlen?

Who recommended the presentation of your child in the Institute?

Schwangerschaft/Geburt:

Pregnancy/birth:

Komplikationen in der Schwangerschaft

complications during pregnancy

Alkohol / Nikotin / Medikamente

Alcohol / nicotine / medication

Komplikationen bei/nach der Geburt

complications during/after birth

Geburt in der Schwangerschaftswoche

week of pregnancy at birth

Geburtslänge _____ cm

birth height

Geburtsgewicht _____ g

birth weight

Kopfumfang _____ cm

head circumference

Bisherige Entwicklung (Alter in Monaten/Jahren):

Previous development (age in months/years):

Lächeln _____

smiling

Drehen _____

turning on purpose

freies Sitzen _____

sitting free on it's own

Robben _____

Crawling on tummy

Krabbeln _____

crawling

freies Gehen _____

walking free

erste Worte _____

first words

erste kurze Sätze _____

first sentences

trocken _____

dry

selbstständiges Essen _____

eating on its own

selbstständiges Anziehen _____

dressing on its own

Schwierigkeiten beim Hören/Zuhören?

Hearing/listening difficulties?

ja
yes

nein
no

Sprachprobleme _____

language problems

Probleme mit der Bewegung _____

problems with movement

Über das Spielverhalten:

About the playing behavior:

Was spielt Ihr Kind gerne?

What does your child like to play?

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?

Can your child occupy himself?

ja
yes

nein
no

Kann sich Ihr Kind ausdauernd beschäftigen?

Can your child occupy himself persistently?

ja
yes

nein
no

Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen?

Does your child have friends?

ja
yes

nein
no

Kann es mit diesen längere Zeit ohne Streit spielen?

Can he/she play with those without quarreling most of the time?

ja
yes

nein
no

Mediennutzung:

Use of media

Wie viel Zeit verbringt ihr Kind (Stunden/Tag) mit

How much time does your child spend (hours per day) with

Fernsehen

watching TV

Handy

mobile / cell phone

Computer-Spielen

playing computer games

Verhalten/Emotionen:

Behavior/emotions:

Ist das Verhalten auffällig?

Is the behavior unusual?

wütend
angry

aggressiv
aggressive

unruhig
restless

ängstlich
anxious

traurig
sad

beim Essen
while eating

beim Schlafen
while sleeping

Konzentrationsstörungen

attention disorders

Krankheiten Ihres Kindes:

Diseases of your child:

Bisherige Erkrankungen

previous diseases

Krampfanfälle

seizures

Allergien

allergies

Krankenhausaufenthalte

hospital stays

Operationen

surgeries

Medikamente

Medications

Hilfsmittel (Orthesen, Talker etc.)

devices (orthosis, talker)

Welche Untersuchungen wurden bereits vorgenommen?

Which examinations have already been carried out?

Augenarzt / Name / Datum
Ophthalmologist / name / date

HNO-Arzt / Name / Datum
ENT specialist / name / date

Orthopäde / Name / Datum
orthopaedist / name / date

MRT / Datum
MRI / date

EEG
EEG

Psychologische Tests
psychological tests

Andere
other

Bitte bringen Sie aktuelle Arztbriefe zum Termin mit

Please bring current medical reports with you to the appointment

Wird Ihr Kind zurzeit in folgenden Einrichtungen behandelt?

Is your child currently being treated in the following institutions?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Werner Otto Institut | <input type="checkbox"/> Zentrum für Kindesentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Anderes Sozialpädiatrisches Zentrum
<i>other social paediatric centre</i> | <input type="checkbox"/> Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)
<i>practice for child and adolescent psychiatry</i> |
| <input type="checkbox"/> In keiner der genannten
<i>in none of the above</i> | |

Achtung: Eine gleichzeitige Behandlung in zwei Zentren ist nicht möglich

Please note: Simultaneous treatment in two centres is not possible

Therapien:

Therapies:

Frühförderung <i>early support/treatment</i>	seit _____ <i>since</i>	bis _____ <i>until</i>
Krankengymnastik <i>physiotherapy</i>	seit _____ <i>since</i>	bis _____ <i>until</i>
Ergotherapie <i>occupational therapy</i>	seit _____ <i>since</i>	bis _____ <i>until</i>
Logopädie <i>speech therapy</i>	seit _____ <i>since</i>	bis _____ <i>until</i>
Psychotherapie <i>psychotherapy</i>	seit _____ <i>since</i>	bis _____ <i>until</i>

Soziale Hilfen

Social assistance

Pflegegrad _____ <i>Care level</i>	Grad der Behinderung und Merkzeichen _____ <i>Degree of disability</i>
Familienhilfe _____ <i>family assistance</i>	andere _____

Kindergarten/Schule:

Kindergarten/school:

Kindergarten/Krippe <i>kindergarten/day nursery</i>	seit _____ <i>since</i>	Name des Kindergartens _____ <i>name of the Kindergarten</i>	
<input type="checkbox"/> Regelplatz <i>regular group</i>	<input type="checkbox"/> Integrationsplatz <i>integration group</i>		
Schule/Sonderschule <i>school/special school</i>	seit _____ <i>since</i>	Klasse _____ <i>grade</i>	Name der Schule _____ <i>name of the School</i>

Bitte bringen Sie zur Untersuchung im Institut mit:

please bring to the examination at the Institut

- Überweisung des Kinderarztes oder Kinder- und Jugendpsychiaters oder ärztlichem Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
referral from paediatrician, child and youth psychiatrist or child and adolescent psychiatrist/adolescent psychotherapists (doctor)
- Vorsorgeheft des Kindes
the child's medical record book
- Mutterpass
maternity notes
- Impfausweis des Kindes
vaccination card of the child
- Arztbriefe, Therapieberichte für das Kind, Förderpläne (Frühförderstellen), Gutachten (Behörden)
letters of doctors, records of therapy for the child

Sozialpädiatrisches Zentrum
Institut für Neuro- und Sozialpädiatrie Hamburg-Ost
Legienstraße 8, 22111 Hamburg
Telefon (0 40) 73 32 00 33
www.institut-sozialpaedatrie.de