

# Anamnesebogen Soko-Kids ohne Ernährungssonde

## Informationen zum Kind

Name des Kindes:	Geschlecht:	
Geburtsort:	Geburtstag:	
Nationalität:	Aufenthaltsstatus:	
Telefon:	Mobiltelefon:	
Emailadresse:	Aktuelle Größe:	Aktuelles Gewicht:
Name Mutter:	Name Vater:	
Anschrift Mutter:	Anschrift Vater:	

## Sorgerecht:

<input type="checkbox"/> beide	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> Vormund, Name:	<input type="checkbox"/> Pflegefamilie, Name:	
Wo lebt Ihr Kind?: <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Pflegefamilie <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> oder		
Krankenkasse:		
Behandelnder Kinderarzt:		
Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen? Wenn ja – welche? (gerne können Sie Arztbriefe in Kopie beilegen oder zum Termin mitbringen)		

## Informationen zur, Geburt und frühkindlichen Entwicklung

Geburt in welcher Schwangerschaftswoche:	Errechneter Geburtstermin:	
Geburtsgewicht:	Körperlänge:	Kopfumfang:
Wird/Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Freies laufen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	bei ja, Alter:
Alter gezielt Mama/Papa sprechen:	Alter Zweiwortsätze sprechen:	
Sauberkeitsentwicklung tagsüber abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	bei Ja, Alter:
Sauberkeitsentwicklung nachts abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	bei Ja, Alter:
Fahrrad fahren (ohne Stützräder)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	bei Ja, Alter:

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja –welche?

Was isst Ihr Kind gewöhnlich zum:

Frühstück:

Mittagessen:

Abendessen:

Zwischenmahlzeiten:

Welche Arten von Nahrung nimmt Ihr Kind zu sich? (bitte ankreuzen, mehrere Auswahlmöglichkeiten)?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Düninflüssiges                         | <input type="radio"/> Dickflüssiges                          |
| <input type="radio"/> Passierte Babynahrung aus dem Gläschen | <input type="radio"/> selbst passierte oder pürierte Nahrung |
| <input type="radio"/> gröbere Nahrung aus dem Gläschen       | <input type="radio"/> weichere oder zerdrückte Lebensmittel  |
| <input type="radio"/> normale Lebensmittel                   |  |
| <input type="radio"/> sonstiges                              |  |

Mit welchem dieser Nahrungsmittel hat Ihr Kind am wenigsten Probleme?

Mit welchem dieser Nahrungsmittel hat Ihr Kind die meisten Probleme?

Welche Utensilien benutzen Sie gewöhnlich zum Füttern (bitte ankreuzen, mehrere Auswahlmöglichkeiten)?

- |                               |                                 |                              |                                  |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Flasche | <input type="radio"/> Brust     | <input type="radio"/> Gabel  | <input type="radio"/> Magensonde |
| <input type="radio"/> Becher  | <input type="radio"/> Strohhalm | <input type="radio"/> Löffel | <input type="radio"/> Finger     |
| <input type="radio"/> andere  |                                 |                              |                                  |

Zieht Ihr Kind gewisse Geschmacksrichtungen vor? Welche?

Zieht Ihr Kind eine gewisse Nahrungskonsistenz vor? Welche?

Zieht Ihr Kind eine gewisse Temperatur der Nahrung vor?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

kalt

Zimmertemperatur

warm

Heiß

Wer füttert gewöhnlich das Kind?

Wer kann Ihr Kind noch füttern?

Wo wird das Kind gefüttert? (in einem Sitz, auf dem Schoß)

Wie lange dauert das Füttern?

Verschluckt Ihr Kind sich?  Ja  Nein

Wenn ja – wie häufig?

feste oder flüssige Nahrungsmittel?

Erbricht Ihr Kind?  Ja  Nein

Wenn ja – wie häufig?

In Zusammenhang mit Essen?  Ja  Nein

Wissen Sie von Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien?

Haben andere Familienmitglieder Allergien?

Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang? Welche Konsistenz hat der Stuhl?

Was sind Ihre Erwartungen an unsere Sprechstunde?

Gibt es spezielle Fragen/Wünsche?

Gibt es Ängste oder Sorgen, die Ihr Kind betreffen, die Sie uns noch mitteilen möchten?

Sonstiges:

## Behandlungseinwilligung und Schweigepflichtentbindung

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von meinem Kind

**Name:**

**Vorname:**

**geb. am:**

bei behandelnden Ärzten und nachfolgenden Institutionen erhobene Untersuchungsergebnisse eingeholt werden bzw. telefonische Anfragen erfolgen dürfen.

Kreuzen Sie bitte ggf. die Einrichtungen an, zu denen **keine** Kontaktaufnahme erfolgen soll.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ärzte           | <input type="checkbox"/> Psychologen                     |
| <input type="checkbox"/> Kliniken        | <input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst     |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten    | <input type="checkbox"/> Frühförderung                   |
| <input type="checkbox"/> Schule/Schulamt | <input type="checkbox"/> Jugendamt, allgem. Sozialdienst |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt  | <input type="checkbox"/> Familienhilfe                   |
| <input type="checkbox"/> Therapeuten     | <input type="checkbox"/> Dolmetscher                     |

## Arztbrief

Nach ambulanten oder stationären Terminen bei uns werden üblicherweise die Arztbriefe über Ihr Kind an Sie als Eltern und an den überweisenden Arzt geschickt

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Arzt den Brief und ggf. später erhaltene Befunde erhält.  
 Nein, ich bin **nicht** mit einer Zustellung des Briefes oder ausstehender Befunde einverstanden.

Die Schweigepflichtentbindung muss von den Sorgerechtsberechtigten (erst recht bei getrenntlebenden Eltern) unterschrieben werden, damit es rechtlich gewährleistet ist, dass beide Eltern über die Vorstellung im SPZ informiert und einverstanden sind.

**Bei der Unterschrift einer sorgeberechtigten Person gilt das Einverständnis weiterer sorgeberechtigter Personen als gegeben.** Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter

**Bitte wenden >>>**

## Wichtige Informationen

Sehr geehrte Eltern,

damit wir gut und vertrauensvoll zusammenarbeiten und um Sie wirkungsvoll unterstützen zu können, bitten wir Sie um Kenntnisnahme und Beachtung folgender Punkte:

- Wir benötigen immer eine Quartalsüberweisung Ihres Kinderarztes. Bei kurzfristiger Terminvergabe bitte die Überweisung schnellstmöglich nachreichen, da wir weitere Termine nur nach Eingang der Überweisung mit Ihnen absprechen können. Falls die Überweisung am Ende des Quartals nicht bei uns eingegangen ist, erhalten Sie eine Privatrechnung in Höhe der geltenden Kostenpauschale. Weitere Termine können wir Ihnen dann nicht mehr vergeben!
- Bitte sagen Sie unter [spz.krefeld@helios-gesundheit.de](mailto:spz.krefeld@helios-gesundheit.de) die Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, rechtzeitig ab. Dann können andere Eltern, die warten, diesen Termin erhalten. Bedenken Sie bitte, dass es bei einer kurzfristigen Absage leider zu einer längeren Wartezeit für einen neuen Termin kommen kann.
- Bei mehrfach unentschuldigtem Terminausfall werden wir Ihnen keine weiteren Termine mehr anbieten.
- Falls Sie einen Dolmetscher benötigen, organisieren Sie diesen bitte zu den Terminen und bringen ihn mit, damit wir uns gut mit Ihnen verständigen können.

Ort, Datum

---

Unterschrift Mutter/ Sorgeberechtigter

Unterschrift Vater/ Sorgeberechtigter

**Vielen Dank,**

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