



Fragebogen zur Aufnahme von Kindern

Name / Vorname Kind: _____ geboren am: _____
 Adresse: _____ Gewicht: _____
 PLZ: _____ Ort: _____ Größe: _____
 Behandelnder Arzt am Heimatort (Adresse / Tel.-Nr.): _____

Die Maßnahme in der Fachklinik _____ ist mit insgesamt _____ Erwachsenen und _____ Kind/ern geplant.

Name / Vorname des Antragstellers / der Antragstellerin: _____

Telefon-Nr. für Rückfragen: _____ E-Mail: _____

Art der Behinderung:

<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung	Grad der Behinderung (GdB): _____	<input type="checkbox"/> nicht beantragt
<input type="checkbox"/> Körperbehinderung	Merkzeichen: _____	
<input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten (schwer)	Pflegegrad _____	<input type="checkbox"/> nicht beantragt
<input type="checkbox"/> Entwicklungsrückstand	_____	
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	_____	

Hat Ihr Kind Allergien / Unverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Neigung zu Atemwegsinfekten andere: _____

chronische Hepatitis B

chronische Hepatitis C

vollständiger Impfschutz unvollständiger Impfschutz nicht geimpft

Dauermedikamente:

1. _____	Dosierung: _____
2. _____	Dosierung: _____
3. _____	Dosierung: _____

Benötigen Sie in unserer Klinik:

behindertengerechtes Bad Gitter-(Paidi-)Bett für Kleinkinder

Pflegebett (von beiden Seiten zugänglich u. Rausfallschutz Höhe ca. 25 cm)

Spezielles Therapiebett (**nur in der Fachklinik Münstertal vorhanden**)
 (Kayser- o. Freistil-Bett) mit hohen Seitenteilen, Holzstäben oder Plexiglas und Türen mit Türhöhe 136 cm Türhöhe 68 cm

Ist eine zusätzliche Polsterung des Therapiebettes erforderlich? Ja Nein

Bei der Unterbringung ist noch zu berücksichtigen: _____

Förderungen / Therapien am Heimatort: (Häufigkeit pro Woche)	Physiotherapie _____	Psychomotorik _____
	Ergotherapie _____	Psychotherapie _____
	Logopädie _____	Autismus-Therapie _____

Betreuung zuhause (genaue Bezeichnung der Einrichtung):

<input type="checkbox"/> Kindergarten _____	<input type="checkbox"/> Werkstatt _____
<input type="checkbox"/> Schule _____	<input type="checkbox"/> Hort _____
<input type="checkbox"/> Andere _____	

mit Integrationsplatz mit Integrationshilfe inklusive Betreuung

Teil 1 (bei körperlicher und/oder geistiger Behinderung, Entwicklungsrückstand oder Anfallsleiden)

Bei Vorliegen eines Anfallsleidens:

Wie laufen die Anfälle ab?
(kurze Beschreibung)

Wann war der letzte Anfall?

Wie lange dauern die Anfälle?

Lässt sich der Anfall unterbrechen?

Wie häufig treten die Anfälle auf?

Fand bereits eine Notfalleinweisung wegen eines epileptischen Anfalls statt? Ja Nein

Die Patientin / der Patient ...

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ist Rollstuhlfahrer | <input type="checkbox"/> kann kurze Strecken allein gehen | <input type="checkbox"/> hat Anfälle |
| <input type="checkbox"/> besitzt einen E-Rollstuhl | <input type="checkbox"/> muss immer geschoben werden | <input type="checkbox"/> muss gewinkelt werden |
| <input type="checkbox"/> besitzt einen Rehauggy | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe beim An- und Auskleiden | |

Hygiene:

tagsüber

nachts

- | | | | | | | |
|-----------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Einnässen | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |
| Einkoten | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> oft |

- Verständigung:** **Sprachverständnis:** regelmäßig teilweise reagiert auf Ansprache
- Kommunikation:** Lautsprache Lautieren Mimik / Gestik Nutzung von Kommunikationshilfen
- Lesen:** fließend buchstabieren nicht
- Schreiben:** fließend Einzelworte nicht

- Sozialverhalten:** ängstlich zurückhaltend anpassungsfähig lebhaft umtriebig aggressiv
- Weglauftendenzen Fehlendes Gefahrenbewusstsein Sonstige Auffälligkeiten

Teil 2 (bei Verhaltensauffälligkeiten)

- | Sozialverhalten: | ja | nein | | ja | nein |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Weglauftendenzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kann sich das Kind an Regeln halten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rückzugstendenzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sprach- und Sprechstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eingeschränkte Frustrationstoleranz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schulbegleitung vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schulverweigerer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gewalterfahrung in Schule / Familie o. Mobbing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familienhilfe vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kann das Kind <u>fließend</u> lesen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind AD(H)S? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kann das Kind <u>fließend</u> schreiben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gruppenfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Wie schätzen Sie die nachfolgenden Punkte ein:

- | | unauffällig | mäßig auffällig | sehr stark auffällig | |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------|
| Motorik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Selbstwertgefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Konzentrationsfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Leistungsschwankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Aggressives Verhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kontaktprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Depressive Verstimmung
(Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, bedrückt sein) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Benötigt Ihr Kind Hilfe bei Alltagsaufgaben? Ja Nein

Wenn ja, bei welchen? _____

Weitere Besonderheiten _____