



## Fragebogen zur Aufnahme von Kindern

Geplante Maßnahme in der Fachklinik: \_\_\_\_\_

Name / Vorname Kind: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Name / Vorname des Antragstellers / der Antragstellerin: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt am Heimatort (Adresse / Tel.-Nr.): \_\_\_\_\_

### Art der Behinderung:

- Geistige Behinderung Grad der Behinderung (GdB): \_\_\_\_\_  nicht beantragt
- Körperbehinderung Merkzeichen: \_\_\_\_\_
- Verhaltensauffälligkeiten (schwer) Pflegegrad: \_\_\_\_\_  nicht beantragt
- Entwicklungsrückstand
- 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:**

Physiotherapie	_____	Psychomotorik	_____
(Häufigkeit pro Woche)		Psychotherapie	_____
Ergotherapie	_____	Autismus-Therapie	_____
Logopädie	_____		_____

### Betreuung zuhause (genaue Bezeichnung der Einrichtung):

- Kindergarten \_\_\_\_\_  Hort \_\_\_\_\_
- Schule \_\_\_\_\_  Werkstatt \_\_\_\_\_
- 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)

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 Rehabuggy   | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe beim An- und Auskleiden |  |

**Hygiene:**

**tagsüber**

**nachts**

Einnässen:  nie  selten  oft  nie  selten  oft

Einkoten:  nie  selten  oft  nie  selten  oft

- Verständigung:**
- |                           |                                      |   |   |
|---------------------------|--------------------------------------|---|---|
| <b>Sprachverständnis:</b> | <input type="checkbox"/> regelmäßig  | <input type="checkbox"/> teilweise      | <input type="checkbox"/> reagiert auf Ansprache   |
| <b>Kommunikation:</b>     | <input type="checkbox"/> Lautsprache | <input type="checkbox"/> Lautieren      | <input type="checkbox"/> Mimik / Gestik <input type="checkbox"/> Nutzung von Kommunikationshilfen |
| <b>Lesen:</b>             | <input type="checkbox"/> fließend    | <input type="checkbox"/> buchstabierend | <input type="checkbox"/> nicht  |
| <b>Schreiben:</b>         | <input type="checkbox"/> fließend    | <input type="checkbox"/> Einzelworte    | <input type="checkbox"/> nicht  |

**Sozialverhalten:**  ängstlich  zurückhaltend  anpassungsfähig  lebhaft  umtriebig  aggressiv

Weglauftendenzen  fehlendes Gefahrenbewusstsein  Sonstige Auffälligkeiten:

\_\_\_\_\_

**Teil 2 (bei Verhaltensauffälligkeiten)**

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

**Wie schätzen Sie die nachfolgenden Punkte ein:**

	<b>Unauffällig</b>	<b>mäßig auffällig</b>	<b>sehr stark auffällig</b>
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"/>

Braucht Ihr Kind Hilfe bei Alltagsaufgaben?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welchen? \_\_\_\_\_

Weitere Besonderheiten: \_\_\_\_\_