

## Fragebogen zur Erstanmeldung (allgemein, ab 6 Jahre)

### Wichtige Daten des Patienten *(Bitte schreiben Sie leserlich, möglichst in Druckbuchstaben)*

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_  
Geschlecht \_\_\_\_\_

### Eltern

Name, Vornamen der Eltern \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
Mobilnummer \_\_\_\_\_

Ist die o.g. Adresse auch der aktuelle Wohnort?  Ja  Nein

*Wenn Nein, bitte abweichenden Wohnort, z.B. Einrichtung, Pflegefamilie o.ä. angeben:*

wo/bei wem? \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr. \_\_\_\_\_  
PLZ Ort \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. für Rückfragen \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### Kinder- & Jugendarzt bzw. Hausarzt

Name der Ärztin/des Arztes \_\_\_\_\_  
Fachrichtung (z.B. Kinderarzt, Allgemeinmedizin) \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

## Fragebogen zum Problem und zur Vorgeschichte

Patientenname, -vorname: \_\_\_\_\_

### A. Aktuelle Situation und Vorstellungsgrund · Bitte beschreiben Sie **genau und ausführlich**.

Aus welchem Grund wollen Sie Ihr Kind bei uns im ZiNK vorstellen?

---

---

---

---

---

---

---

Seit wann bestehen diese Probleme? Seit \_\_\_\_\_

Bestehen diese Probleme durchgehend (immer, die ganze Zeit anhaltend)?

Ja       Nein, sie treten nur gelegentlich auf, vor allem \_\_\_\_\_

---

---

---

Gibt es bestimmte Auslöser oder Situationen, oder treten diese Probleme immer wieder unter bestimmten Umständen auf (z.B. in der Schule oder nur zu Hause)?

Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_

---

---

---

Welche Hilfe(n) erwarten Sie von uns?

---

---

---

---

Wdh. Patientenname, -vorname: \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind bereits bei anderen Ärzten und Therapeuten vorgestellt?

Nein

Ja, und zwar bei \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Name(n)/Bezeichnung(en)/Adresse(n))

Wurde Ihr Kind bisher in einem Sozialpädiatrischen Zentrum behandelt oder ist dies geplant?

Nein

Ja, im SPZ \_\_\_\_\_

(Bezeichnung/Ort)

Wird die Behandlung dort fortgesetzt?

Nein

Ja, nächster Termin \_\_\_\_\_

Sind bei Ihrem Kind bereits folgende Untersuchungen durchgeführt worden?

Wenn ja: wann und wo? Bitte schicken Sie – falls vorhanden – die Befundberichte dazu mit diesem Fragebogen mit.

EEG (Hirnstrommessung) \_\_\_\_\_

Computertomografie (CT) vom Kopf \_\_\_\_\_

Kernspintomografie (MRT) vom Kopf \_\_\_\_\_

andere, und zwar: \_\_\_\_\_

Welche Diagnosen wurden bislang gestellt? \_\_\_\_\_

Wdh. Patientenname, -vorname: \_\_\_\_\_

**B. Bisherige Behandlungen** · Therapien, Medikamente und andere Unterstützungen

Welche Lösungsversuche gab es bisher? Bitte beschreiben Sie die bisherige Behandlung. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein? Bitte auch die Dosis (Menge) angeben!

regelmäßige Einnahme

Medikamentenname	Morgens	Mittags	Abends	

Einnahme nur bei Bedarf

Medikamentenname	Zweck, Dosis

Musste Ihr Kind früher andere Medikamente einnehmen? Bitte Name und Dosierung angeben

Nein

Ja, und zwar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erhält oder erhielt Ihr Kind eine spezielle Ernährung oder Diät?

Nein  hypoallergen  vegetarisch  vegan  andere: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bislang Therapien erhalten oder wird derzeit therapeutisch behandelt?

Nein

Ja, und zwar:

(siehe nächste Seite)

Wdh. Patientenname, -vorname: \_\_\_\_\_

Physiotherapie/Krankengymnastik, Praxis/Einrichtung: \_\_\_\_\_

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

Name der/des Therapeutin/-en: \_\_\_\_\_

durchgeführte Therapieform: \_\_\_\_\_

Dauer der Therapie (Zeitraum/Anzahl Einheiten): \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

Ergotherapie, Praxis/Einrichtung: \_\_\_\_\_

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

Name der/des Therapeutin/-en: \_\_\_\_\_

durchgeführte Therapieform: \_\_\_\_\_

Dauer der Therapie (Zeitraum/Anzahl Einheiten): \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

Logopädie, Praxis/Einrichtung: \_\_\_\_\_

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

Name der/des Therapeutin/-en: \_\_\_\_\_

durchgeführte Therapieform: \_\_\_\_\_

Dauer der Therapie (Zeitraum/Anzahl Einheiten): \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

Heilpädagogik, Praxis/Einrichtung: \_\_\_\_\_

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

Name der/des Therapeutin/-en: \_\_\_\_\_

durchgeführte Therapieform: \_\_\_\_\_

Dauer der Therapie (Zeitraum/Anzahl Einheiten): \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

sonstiges, Bezeichnung: \_\_\_\_\_

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

Name der/des Therapeutin/-en: \_\_\_\_\_

durchgeführte Therapieform: \_\_\_\_\_

Dauer der Therapie (Zeitraum/Anzahl Einheiten): \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

weitere Therapien: \_\_\_\_\_

Wird bzw. wurde Ihr Kind durch eine Frühförderstelle gefördert?

Nein       Ja, und zwar durch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Bezeichnung/Adresse)

Wdh. Patientenname, -vorname: \_\_\_\_\_

Wurden für Ihr Kind bisher medizinische Hilfsmittel verordnet?

Nein

Ja, und zwar aktuell

Schuheinlagen bzw. Orthesen, Beschreibung: \_\_\_\_\_

Name/Ort des Herstellers: \_\_\_\_\_ bekommen am: \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

Rollstuhl, Bezeichnung/Typ/Modell: \_\_\_\_\_

Name/Ort des Herstellers: \_\_\_\_\_ bekommen am: \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

Therapiestuhl, Bezeichnung/Typ/Modell: \_\_\_\_\_

Name/Ort des Herstellers: \_\_\_\_\_ bekommen am: \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

Stehhilfe, Bezeichnung/Typ/Modell: \_\_\_\_\_

Name/Ort des Herstellers: \_\_\_\_\_ bekommen am: \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

Gehilfe, Bezeichnung/Typ/Modell: \_\_\_\_\_

Name/Ort des Herstellers: \_\_\_\_\_ bekommen am: \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

Hörgeräte, Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Name/Ort des Herstellers: \_\_\_\_\_ bekommen am: \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

Sprachhilfe, Bezeichnung/Typ/Modell: \_\_\_\_\_

Name/Ort des Herstellers: \_\_\_\_\_ bekommen am: \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

andere, Art: \_\_\_\_\_

Name/Ort des Herstellers: \_\_\_\_\_ bekommen am: \_\_\_\_\_

Verordnung durch: \_\_\_\_\_

weitere Hilfsmittel, nämlich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

früher hatte Ihr Kind noch andere Hilfsmittel, nämlich: \_\_\_\_\_

Wdh. Patientenname, -vorname: \_\_\_\_\_

**C. Vorgeschichte** · andere Erkrankungen, Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung usw.

Bitte bringen Sie auch unbedingt das gelbe bzw. grüne Vorsorgeuntersuchungsheft und den Impfpass des Kindes mit!

**Vorerkrankungen**

Bestehen bei Ihrem Kind auch andere chronische Erkrankungen, Probleme oder Entwicklungsauffälligkeiten?

Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind bislang sog. „Kinderkrankheiten“ (z.B. 3-Tage-Fieber, Windpocken, Scharlach)?

Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_  
(Bezeichnung(en), wann?)

Wurde Ihr Kind operiert?

Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_  
(Bezeichnung(en), in welcher Klinik?)

Hat Ihr Kind bekannte Allergien?

Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_  
(Bezeichnung)

**Schwangerschaft**

Gab es während der Schwangerschaft medizinische Besonderheiten, besondere Belastungen oder eine Erkrankung der Mutter?

Nein

Ja, und zwar

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> starke Übelkeit, Erbrechen   | <input type="checkbox"/> Blutungen                     | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck    |
| <input type="checkbox"/> Fieber                       | <input type="checkbox"/> Unfall/Operation(en)          | <input type="checkbox"/> Blutarmut        |
| <input type="checkbox"/> Wachstumsmangel              | <input type="checkbox"/> zu viel/zu wenig Fruchtwasser | <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen |
| <input type="checkbox"/> beruflicher Stress           | <input type="checkbox"/> seelische Belastungen         | <input type="checkbox"/> Alkohol          |
| <input type="checkbox"/> Zigaretten ( _____ Zig./Tag) | <input type="checkbox"/> sonstige Drogen: _____        |   |
| <input type="checkbox"/> Medikamente: _____           |  |   |
| <input type="checkbox"/> andere Komplikationen: _____ |  |   |

Wann haben Sie als Mutter die ersten Kindsbewegungen gespürt?

in der \_\_\_\_\_. Schwangerschaftswoche (SSW)       nicht bekannt

Wdh. Patientenname, -vorname: \_\_\_\_\_

### Geburt

Die Geburt erfolgte

- in der \_\_\_\_ . SSW  nicht bekannt.  
 zu Hause  im Krankenhaus \_\_\_\_\_  
 im \_\_\_\_\_  
 auf normalem Weg  durch Kaiserschnitt, weil \_\_\_\_\_

Gab es Besonderheiten bei der Geburt?

- nein  
 Beckenendlage  Mehrlingsgeburt  mit Saugglocke  Zangengeburt  
 grünes Fruchtwasser  auffällige Herztöne  lange Geburt  schnelle Geburt  
 andere: \_\_\_\_\_

Was steht im Vorsorgeuntersuchungsheft zur Geburt? Bitte tragen Sie hier die Werte der Geburt (U1) ein.

Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm Länge: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ g  
 APGAR-Werte: 1 Min.: \_\_\_\_\_ 5 Min.: \_\_\_\_\_ 10 Min.: \_\_\_\_\_  
 Nabelschnur-pH (NS-pH): \_\_\_\_\_

Verhalten und Gesundheitszustand direkt nach der Geburt und in der Neugeborenenzeit. Bitte tragen Sie hier nur etwas ein, woran Sie sich erinnern.

- Hat Ihr Kind direkt nach der Geburt geschrien?  ja  nein  
 Hat Ihr Kind nach der Geburt gut getrunken?  ja  nein  
 Gab es in den ersten Wochen Trinkprobleme?  ja  nein  
 Wurde Ihr Kind in einer Kinderklinik behandelt?  ja  nein  
 Es traten weitere Auffälligkeiten auf:  
 Unruhe  wenig Bewegungen  häufiges Schreien  häufiges Spucken  
 Schiefhaltung  Durchschlafprobleme  Einschlafprobleme  Teilnahmslosigkeit  
 Koliken  andere Bauchprobleme  Schreckhaftigkeit  (Krampf-) Anfälle  
 andere: \_\_\_\_\_



Wdh. Patientenname, -vorname: \_\_\_\_\_

## Entwicklung

Wie verlief die Entwicklung von Ihr Kind? Bitte tragen Sie hier nur etwas ein, woran Sie sich erinnern. Die Zeitangaben (Lebensalter in Monaten) können ungefähr, sollten aber so genau wie möglich sein. Wenn Sie sich nicht sicher sind, müssen Sie nichts eintragen.

Ihr Kind konnte sich mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten vom Bauch auf den Rücken drehen.

Ihr Kind konnte sich mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten vom Rücken auf den Bauch drehen.

Ihr Kind ist mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten das erste Mal gekrabbelt.

Ihr Kind hat sich mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten das erste Mal selber zum Stehen hochgezogen.

Ihr Kind konnte mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten frei (ohne Festhalten) laufen.

Ihr Kind hat mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten die ersten Worte (z.B. „Mama“, „Papa“) gesprochen.

Mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten hat Ihr Kind das 1. Mal 2-Wortsätze (z.B. „Mama komm“) gesagt.

Sauberkeit: Mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten war Ihr Kind tagsüber trocken (ohne Windel).

Mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten war Ihr Kind nachts trocken (ohne Windel).

Gab es für Sie als Eltern Auffälligkeiten in der Entwicklung?

Nein

Ja, und zwar \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Wdh. Patientenname, -vorname: \_\_\_\_\_

**D. Soziales** · Kindergarten, Schule, Freizeit usw.

### Fragen nur für Kinder im Krippen-/Kindergartenalter

Besucht Ihr Kind derzeit eine Krippe/einen Kindergarten bzw. ist ein Kindergarten geplant?

Nein

geplant ab \_\_\_\_\_

Ja, seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung/Adresse)

Es ist  ein normaler Kindergarten/normale Krippe

ein integrativer Kindergarten

ein heilpädagogischer Kindergarten

eine SVE (schulvorbereitende Einrichtung)

eine andere Einrichtung \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten? Gab es Rückmeldungen zum Verhalten in der Gruppe/Spielverhalten? Welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gab es über längere Zeit Trennungsangst? Wenn ja, wie lange?

\_\_\_\_\_

### Fragen nur für Kinder und Jugendliche im Schulalter

Welche Schule besucht derzeit Ihr Kind bzw. welche Schule ist geplant?

geplant ab \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung/Adresse)

Es ist eine  Grundschule

Hauptschule

Mittelschule

Realschule

Gesamtschule

Gymnasium

Förderschule mit Schwerpunkt körperliche Entwicklung

Förderschule mit Schwerpunkt Sprache

Förderschule mit Schwerpunkt Lernen

Förderschule mit Schwerpunkt geistige Entwicklung

Förderschule mit Schwerpunkt Sozialverhalten/Emotionen

Klasse/Jahrgang \_\_\_\_\_

Klassenlehrer/-in \_\_\_\_\_

Wdh. Patientenname, -vorname: \_\_\_\_\_

Gab oder gibt es Auffälligkeiten bzw. Probleme wie

- |   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lernschwierigkeiten    | <input type="checkbox"/> Leistungsverweigerung                       | <input type="checkbox"/> Schulangst |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> soziale Isolation                           | <input type="checkbox"/> Mobbing    |
| <input type="checkbox"/> Schwänzen              | <input type="checkbox"/> oppositionelles Verhalten gegenüber Lehrern |                                     |
| <input type="checkbox"/> andere: _____          |  |                                     |

Schulleistung: Hat Ihr Kind Lieblingsfächer? Welche?

- Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Hausaufgaben: Wie lange benötigt im Durchschnitt für die Hausaufgaben pro Tag?

Gibt es neben Schule bzw. Kindergarten noch weitere Institutionen, die Ihr Kind regelmäßig betreuen?

- Nein
- Ja, und zwar
- Tagesstätte \_\_\_\_\_
  - Kurzzeitpflege \_\_\_\_\_
  - Internat \_\_\_\_\_
  - Wohnheim \_\_\_\_\_
  - andere: \_\_\_\_\_  
(Bezeichnung(en)/Adresse(n))

Freizeit: Was passiert außerdem im Leben von Ihr Kind?

Hat Ihr Kind ein Hobby oder besondere Vorlieben? Wenn ja, welches?

- Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Freunde: Wie viele Freunde hat Ihr Kind? Ist darunter eine richtig gute Freundin bzw. ein richtig guter Freund?

Wdh. Patientenname, -vorname: \_\_\_\_\_

Medien: Wie geht Ihr Kind mit TV, PC und Smartphone/Tablet um? Ihr Kind ...

- hat einen eigenen Fernseher     benutzt den Fernseher der Familie     sieht kein TV  
 hat einen eigenen Computer     benutzt den PC der Familie     hat kein PC-Zugang  
 hat ein eigenes Smartphone     benutzt ein Smartphone der Familie     hat keinen Zugang zu einem Smartphone  
 ich weiß es nicht genau, Ihr Kind benutzt eventuell die Geräte von weiteren Personen

Durchschnittlich verbringt Ihr Kind am Tag

- vor einem Fernseher \_\_\_\_\_ Stunden  
 mit einem Computer \_\_\_\_\_ Stunden  
 mit einem Smartphone/Tablet-Computer \_\_\_\_\_ Stunden

### E. Familie · Eltern, Geschwister, weitere Verwandte

#### Eltern

	leibliche Mutter	leiblicher Vater
Vor- und Familienname	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Schulabschluss	_____	_____
Berufsausbildung	_____	_____
Abschluss	_____	_____
ausgeübter Beruf	_____	_____

Leben Sie in einem Haushalt oder getrennt? ggf. abweichende Adressdaten	<input type="checkbox"/> zusammen	<input type="checkbox"/> getrennt
Straße, Hausnummer	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Telefonnummer	_____	_____
E-Mail-Adresse	_____	_____

Familienstand und Sorgerecht				
Die leiblichen Eltern des Kindes sind				
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> _____
Das Sorgerecht für wird ausgeübt von				
<input type="checkbox"/> beiden Eltern gemeinsam	<input type="checkbox"/> von der Mutter	<input type="checkbox"/> vom Vater		
<input type="checkbox"/> von _____				

Wdh. Patientenname, -vorname: \_\_\_\_\_

### Geschwister

Hat Ihr Kind Geschwister? Bitte tragen Sie hier der Reihe nach die Namen und Geburtsdaten aller Kinder der Familie ein, mit <Name>. Bitte geben Sie auch an, wenn es z.B. gesundheitliche Probleme, Entwicklungs- oder Schulauffälligkeiten, besondere Geschwisterverhältnisse o.ä. gibt.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

### Gesundheitssituation der Familie

Bestehen bei den Eltern andauernde körperliche oder seelische Gesundheitsprobleme? Bitte geben Sie uns diese Informationen, weil sie oft wichtig für die Behandlung und Beratung sind. Sie werden selbstverständlich – wie alle anderen Informationen hier auch – absolut vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

- Nein       Ja, bei der Mutter: \_\_\_\_\_  
 Ja, beim Vater: \_\_\_\_\_

Sind die Eltern von Ihr Kind miteinander verwandt?

- Nein       Ja. Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Gibt es in der weiteren Familie von Ihr Kind Verwandte, die eine längerdauernde, schwere Erkrankung haben oder hatten? Bitte geben Sie ggf. Vor- und Familiennamen, Alter und Verwandtschaftsverhältnis von Ihr Kind zu den Betroffenen an.

- Nein, nichts bekannt.
- Ja, körperliche Erkrankung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ja, Epilepsie/cerebrale Krampfanfälle: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ja, angeborene Bewegungsstörung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ja, seelische Erkrankung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ja, andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wdh. Patientename, -vorname: \_\_\_\_\_

**F. Soziales und bisherige Hilfen**

Wer hat in der Familie oder im Haushalt noch regelmäßigen Einfluss auf die Erziehung von Ihr Kind?

\_\_\_\_\_

Nutzen Sie bzw. die Familie eines oder mehrere der folgenden Unterstützungsangebote? *Ggf. ist es im Verlauf sinnvoll, dass wir Sie bei der Koordination von Hilfen unterstützen, deswegen ist die Angabe von Ansprechpartnern sinnvoll. Vor einer eventuellen Kontaktaufnahme mit Dritten würden wir aber **in jedem Fall** von Ihnen eine **schriftliche Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht** erbitten. Ohne eine solche Schweigepflichtentbindungserklärung dürfen wir mit keinem Dritten Informationen über <Name> austauschen.*

- Familienentlastender Dienst (FED), Ansprechpartner/-in: \_\_\_\_\_
- Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH), Ansprechpartner/-in: \_\_\_\_\_
- häusliche Krankenpflege, Ansprechpartner/-in: \_\_\_\_\_
- Verhinderungspflege, Ansprechpartner/-in: \_\_\_\_\_
- Haushaltshilfe/Nachbarschaftshilfe, Ansprechpartner/-in: \_\_\_\_\_
- andere: \_\_\_\_\_
- Nein, wir nutzen keines dieser Angebote.

Wurde für Ihr Kind ein Antrag auf Einstufung der Pflegebedürftigkeit gestellt?

- Nein       Ja, bei der Pflegekasse \_\_\_\_\_, Aktenzeichen: \_\_\_\_\_
- Ja, Pflegegrad anerkannt am \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : Grad \_\_\_\_\_
- bisherige Pflegestufe anerkannt: Stufe \_\_\_\_\_, eine Neueinstufung wurde von der Pflegekasse bislang noch nicht durchgeführt

Wurde für Ihr Kind ein Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt?

- Nein
- Ja, beim Versorgungsamt \_\_\_\_\_, Aktenzeichen: \_\_\_\_\_
- Grad der Behinderung anerkannt: Grad \_\_\_\_\_ %  
eingetragene Merkzeichen:     „B“             „H“             „G“             „aG“  
Ausweis gültig bis zum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Vielen Dank, wir werden versuchen, Ihrem Kind so gut und so schnell wie möglich zu helfen!**

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift