

SD_F_Eltern-Therapiefragebogen



Sehr geehrte Eltern,

wir freuen uns, Ihr Kind bald in unserem Haus begrüßen zu dürfen. Um die Begleitung und Behandlung Ihres Kindes in unserer Klinik vom ersten Tag an so effektiv wie möglich gestalten zu können, ist es für uns wichtig, bereits vor Ihrer Ankunft einige wichtige Informationen zusammenzutragen. Daher möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen so weit wie möglich zu beantworten und uns den ausgefüllten Fragebogen vor Aufnahme zuzusenden.

Die Therapien werden in unserer Einrichtung im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzeptes durchgeführt. Dabei wird am Anfang der Rehabilitation zusammen mit den Eltern festgelegt nach welchen Methoden bzw. im Rahmen welchen Gesamtkonzeptes behandelt wird.

Zur Koordinierung der Therapien benötigen wir folgende Angaben:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Diagnosen: _____

Operationen: _____

Anfallsleiden: _____

SD_F_Eltern-Therapiefragebogen



Medikamente:

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass unser Medikamentensortiment Generika umfasst. Wenn Sie auf Ihr gewohntes Präparat nicht verzichten möchten, bitten wir Sie, sich für den gesamten Rehabilitationsaufenthalt zu bevorraten.

Essverhalten:

Hinweise auf Schluckstörungen:

Nahrungsunverträglichkeit/ Nahrungsalergie:

Spezialnahrung:

Sollte Ihr Kind eine Fütterstörung und/ oder Nahrungsunverträglichkeit/ Nahrungsalergie haben, bitten wir Sie zusätzlich die beigefügten Bogen Vorabanamnese Fütterstörung bzw. Nahrungsmittel-unverträglichkeiten/-allergien auszufüllen.

Entwicklungsstand der Selbständigkeit:

- Kontinent für Harn und Stuhl:

- Wortschatz:

- Waschen/Anziehen:

- allgemeine Fähigkeiten:

SD_F_Eltern-Therapiefragebogen



Spezialinkontinenzmaterial:

Ambulant stattfindende Therapien ab wann und wie oft pro Woche:

Krankengymnastische Behandlungsformen:

Ergotherapie:

Logopädie:

Sonstige Therapien:

Botulinumtoxin Behandlung:

Hilfsmittel:

Seh- und Hörvermögen:

Spielverhalten:

Welchen Kindergarten, Schule (mit Angabe der Schulform und der Klassenstufe), Hochschule oder Ausbildungsort besucht Ihr Kind?

Beachten Sie dazu auch unseren Fragebogen zur Schulanmeldung.

SD_F_Eltern-Therapiefragebogen



Motorische Bewegungsmöglichkeiten (selbständig):

<u>Position</u>	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
Bauchlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seitenlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vierfüßlerstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kniestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Fortbewegung</u>	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
Rollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Robben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krabbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie für Ihr Kind und für sich selbst an die Rehabilitation?

Bettenplanung: Angaben auch für Begleitperson(en)

<u>Kinderbetten</u>	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
Gitterhöhe: 0,65m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegefläche: 0,70m x 1,35m		
<u>Patientenbetten</u>	<u>Patient</u>	<u>Begleitperson</u>
Liegefläche: 0,90m x 2,0m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Spezialbett (Savi, Kayser):</u>	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, dann telefonische Absprache nötig.

SD_F_Eltern-Therapiefragebogen



Wunschtermin für den Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes:
 (Bitte beachten: *Aufnahmetage sind Dienstag, Mittwoch und Donnerstag*)

Datum:

Angaben zu Ärzten bzw. zu Krankenhäusern

Um einen reibungslosen Ablauf der Berichterstattung zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen Angaben zu behandelnden Ärzten bzw. Krankenhäusern. Dabei sind die Anschriften und die vollständigen Namen und Titel des **einweisenden Arztes/Krankenhauses** und des **Hausarztes** besonders wichtig, ggf. der behandelnde Arzt im SPZ.

einweisender Arzt

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum)

Name des dortigen Chefarzt:

Anschrift:

Telefonnummer: _____

Hausarzt

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____



SD_F_Eltern-Therapiefragebogen



**An welchen Arzt sollen die Unterlagen bezüglich Ihres Aufenthaltes bei uns im Haus
(z. B. Abschlussbefund) gesandt werden:**

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____