

Dr. med. K.-D. Früchtenicht

Facharzt f. Kinderheilkunde u. Jugendmedizin
EEG, EKG, Ultraschall, Labor
Schwerpunkt Neuropädiatrie



www.drfruechtenicht.de

Fax: 030 / 40 63 63 62

Name: _____ Vorname : _____ geb Datum : _____

ausgefüllt von : Mutter: Vater: Sostige/r: _____

Liebe Eltern

um Ihnen und dem Kind überflüssige Zeit und Untersuchungen zu ersparen, bitte wir Sie die nachfolgenden Fragen möglichst genau aber knapp und präzise zu beschreiben bzw. zu beantworten . (Viele Informationen finden sie im Vorsorgeheft) und lassen uns diese vorab per Post oder per Telefax (030 40636362) zukommen.

Bitte beschreiben Sie das Hauptproblem : (möglichst konkret und knapp, die **Rückseite** benutzen)

- 1 Wie **stark** ist das Problem auf einer subjektiven Skala von 1-10 zu Hause ()
in der der Kita / Schule ()
- 2 **Verlauf** : Das Problem ist / hat in den letzten 6 Monaten : gleich geblieben /
weniger geworden in % () / hat zugenommen in % ()
- 3 Was vermuten Sie, ist die Ursache der Probleme ? : (bitte die **Rückseite** benutzen)

Schwangerschaft/en:

- 1 gab es Fehlgeburten ? nein ja wie viele?
Warum ? (bitte die **Rückseite** benutzen)
- 2 Die Schwangerschaft war ? : schön anstrengend
sehr anstrengend weil (bitte die **Rückseite** benutzen !)
- 3 Kinbewegungen (in utero) ? : normal wenig sehr wenig
viel sehr viel

Familienanamnese: gibt oder gab es in der Familie oder bei Angehörigen der Mutter (m) oder des Vaters (v) Menschen die ähnliche Probleme hatten oder haben ? : nein ja (Wenn ja, dann bitte auf der **Rückseite** genauer beschreiben)

Entwicklungsanamnese : (bitte ergänzen / unterstreichen oder einkringeln)

- 4 Geburt : Länge: cm / Gewicht kg / Kopfumfang cm
APGAR Score (z.B. 7/8/9/) : / / /
- 5 Nach der Geburt : alles o.k. / verlegt in die Kinderklinik für Tage /
Wochen **beatmet** ? : nein / ja (CPAP / maschinell) für Stunden / Tage
- 6 Freies, sicheres **Laufen** (2 Meter ohne festhalten mit Monaten
- 7 **Sprechen** eher : normal ? früh ? spät ? sehr spät
- 8 **Erstmals wurden Probleme** erkennbar für uns mit Monaten / Jahren /
in der ten Klasse
- 9 Hat das Kind **immer Fortschritte gemacht (auch kleine)** ? : Ja nein
oder zwischzeitig auch bestehenden Fertigkeiten wieder verloren ? Ja nein

Welche Untersuchungen wurden wegen genannten Probleme schon gemacht ?:

In einem SPZ oder einer Klinik ? : nein ja wann ?:

wo ? :

EEG : nein ja wann ? : wo ? :

NMR o. CCT (Röntgenschnittuntersuchung Gehirn):nein ja wann ? _____

wo ?

Stoffwechseluntersuchungen: nein ja wann ? : wo ? :

Welche Untersuchungen wurden schon gemacht ?:

Nervenwasser / Lumbalpunktion: nein ja wann ? :

wo ?

Genetik/ Chromosomenuntersuchungen ? nein ja wann ? :

wo ? :

Sonstige Untersuchungen in diesem Zusammenhang ? : nein ja

wann ? : Wo ? :

Vielen Dank !

Das Praxisteam

Datum:

Bitte beschreiben Sie das Hauptproblem :

Was vermuten Sie, ist die Ursache der Probleme ? : (bitte die Rückseite benutzen)

Familienanamnese: gibt oder gab es in der Familie oder bei Angehörigen der Mutter (m) oder des Vaters (v) Menschen die ähnliche Probleme hatten oder haben ? :

Fehlgeburten, Warum ?

Ungeklärt <input type="checkbox"/> weil ..

Die Schwangerschaft war sehr belastet ,anstrengend , weil..

Bemerkungen:
