

Kinderneurologische Ambulanz Städtisches Krankenhaus Kiel

e-mail neuropaediatric@krankenhaus-kiel.de

Fax 0431-1697-1884

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

e-mail: _____ Telefonnummer: _____

Vorstellungsgrund:

Schwangerschaft: ☐ unauffällig ☐ auffällig, wegen: _____

Geburt: ☐ vaginal ☐ per Kaiserschnitt ☐ per Vakuumentraktion.

Schwangerschaftswoche bzw. errechneter Geburtstermin:

Geburtsgewicht: _____ Länge: _____ Kopfumfang: _____

APGAR: _____ Na-pH: _____

(Die Werte finden Sie im gelben Vorsorgeheft bei der U1 bzw. der U2.)

Die Patientin/der Patient hat bereits...

☐ Physiotherapie ☐ Logopädie ☐ Ergotherapie

Hilfsmittel: _____

Pflegegrad: ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Schwerbehindertenausweis: GdB _____ Merkzeichen: ☐ B ☐ G ☐ aG ☐ H ☐ BI ☐ GI

Kindergarten/Schule (Name, Ort): _____

Besuch seit: _____

Frühförderung (Stunden pro Woche): _____

Förderschwerpunkt: _____

Geschwister (Geburtsjahr): _____

Eltern (Geburtsjahr): _____

Chronische Erkrankungen/ Entwicklungsstörungen in der Familie:

Wer ist sorgeberechtigt? ☐ beide Eltern, ☐ Mutter, ☐ Vater, ☐ _____

Besondere Lebenssituation (z.B. alleinerziehend, getrennte Familie, Mutter-Kind-Einrichtung, Pflegefamilie, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung)

Datum: _____ Unterschrift: _____ (Name)

Hausarzt(in), Kinderarzt(in) _____ (Unterschrift)