



Wenn möglich
Foto vom
Kind mitsenden

oder zur
Untersuchung
mitnehmen

Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ
Leitung: Dr. Martina Baethmann

Menzinger Straße 44
80638 München
Telefon: 089 / 1795 - 2661
Telefax: 089 / 1795 - 993 - 2661

E-Mail: spz@dritter-orden.de

Name des Kindes:

Mädchen Junge

Geb. Dat. :

Ausgefüllt am:

Adresse :

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe):

Telefonische Erreichbarkeit der Eltern:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von Vater Mutter andere _____

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben sich entschlossen, Ihr Kind in unserem SPZ anzumelden. Bitte besprechen Sie nun mit Ihrer Kinderärztin / Ihrem Kinderarzt Ihr Anliegen und bitten um eine kurze Fragestellung aus ärztlicher Sicht. Auch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Neurologie dürfen Ihr Kind in unser SPZ überweisen.

Fragestellung: _____

Bitte fügen Sie relevante Vorbefunde bei.

Für Rückfragen: Name der überweisenden Ärztin / Arzt

Praxisstempel:

Ist ihr Kind aktuell in einem **anderen SPZ oder einer Sozialpsychiatrischen Praxis** in Behandlung? Nein Ja

Wenn ja, wo? _____

Bitte bringen Sie spätestens zu Ihrem ersten Termin im SPZ einen Überweisungsschein von einem der oben genannten Fachärzte sowie die elektronische Gesundheitskarte Ihres Kindes mit. Ansonsten verzögern sich Untersuchung und Behandlung. Vielen Dank!

Bitte nicht ausfüllen:

Eingangsstempel

Terminplanung im SPZ:

Schmerzfragebogen für Eltern

Angaben zur Familie

Name der Mutter:	Geb. Dat. :	Konf.
Beruf / Berufstätigkeit:	Staatsbürgerschaft:	

Name des Vaters:	Geb. Dat.:	Konf.
Beruf / Berufstätigkeit:	Staatsbürgerschaft:	

Beziehungsstatus der Eltern: (verheiratet/ geschieden/ getrennt lebend etc.):

Sorgeberechtigte/r: (Gibt es Besonderheiten in der Regelung von Sorge- oder Aufenthaltsbestimmungsrecht, Besuchsrecht?)

Falls Sie über ein **geteiltes Sorgerecht** verfügen: ist der andere Sorgeberechtigte mit der Vorstellung Ihres Kindes im SPZ einverstanden?
 Nein Ja

Geschwister des Kindes: (leibliche / nicht leibliche)

_____	Geb.: _____	Sorgerecht: _____
_____	Geb.: _____	Sorgerecht: _____
_____	Geb.: _____	Sorgerecht: _____
_____	Geb.: _____	Sorgerecht: _____

Gibt es Besonderheiten / Erkrankungen bei den Geschwistern des Kindes? (Besonderheiten in Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenenzeit, chronische Erkrankungen, Allergien etc.)

Besonderheiten in der familiären Konstellation/ Situation: (z.B. „Patchwork“-Familie/ Adoptionsfamilie/ Pflegefamilie etc.)

Wann haben die Schmerzen Ihres Kindes begonnen?

Traten zu Beginn der Schmerzen größere oder besondere Veränderungen in Ihrem oder dem Leben Ihres Kindes auf?
 Wenn ja, welche?

Was macht Ihr Kind, wenn es Schmerzen hat?

Welche Veränderungen haben sich durch die Schmerzen für Ihr Kind/ das Familienleben ergeben?

Was haben Sie bis jetzt gegen die Schmerzen unternommen (Medikamente/ Ärzte/ andere Therapeuten/ Sonstiges...); wann hat dies jeweils stattgefunden?

Wie würde sich das Leben Ihres Kindes/ das Familienleben verändern, wenn die Schmerzen verschwänden?

Schmerzfragebogen für Eltern

Bitte schildern Sie einen typischen Tagesablauf Ihres Kindes.

Leiden Sie oder ein anderes Familienmitglied unter Schmerzen?

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Zeckenbiss? Wenn ja, wann?
 ja _____ nein

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Kopfverletzung, Gehirnerschütterung o.ä., wenn ja, wann?
 Ja, welche _____ wann: _____ nein

Hat Ihr Kind außer den Schmerzen und den möglichen Begleiterscheinungen noch andere Beschwerden (z.B. unerklärliche Müdigkeit, Konzentrationsprobleme, Erbrechen, wenn es noch nichts gegessen hat, Doppelbilder...)?

(teilweise aus dem Deutschen Schmerzfragebogen für Kinder und Jugendliche)

Besondere Eigenschaften und besondere Stärken Ihres Kindes

Gibt es weitere Anmerkungen Ihrerseits?

Wie reagieren Sie auf die Schmerzen?

Wir interessieren uns für die Gedanken und Gefühle, die Sie haben, wenn Ihr Kind Schmerzen hat. Unten sind 13 Sätze aufgeführt, die verschiedene Gedanken und Gefühle beschreiben. Bitte kreuzen Sie hinter jedem Satz die Zahl an, die am besten zum Ausdruck bringt, wie stark Sie den jeweiligen Gedanken denken, wenn Ihr Kind Schmerzen hat.

Nr.	Sätze	0= Überhaupt nicht 1= ein bisschen 2= mittelmäßig 3=stark 4= extrem				
		0	1	2	3	4
1.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, mache ich mir die ganze Zeit Sorgen darüber. ob die Schmerzen aufhören werden.					
2.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, habe ich das Gefühl, dass ich das nicht lange durchhalte.					
3.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, ist das schrecklich und ich denke. dass es nie besser wird.					
4.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, ist das furchtbar und ich fühle mich dadurch überwältigt.					
5.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, halte ich es nicht mehr aus.					
6.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, bekomme ich Angst, dass die Schmerzen schlimmer werden.					
7.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, muss ich ständig an andere schmerzhaftere Ereignisse denken.					
8.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, will ich, dass die Schmerzen weggehen.					
9.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, geht mir das nicht mehr aus dem Kopf.					
10.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, denke ich ständig daran, wie sehr es leidet.					
11.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, denke ich ständig daran, wie sehr ich mir wünsche, dass die Schmerzen aufhören.					
12.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, kann ich nichts machen, damit die Schmerzen aufhören.					
13.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, frage ich mich, ob etwas Ernstes passieren könnte.					

(Deutsche Fassung der PCS-P (Hechler et al. 2010))

Herzlichen Dank für Ihre Mühe. Bis zum Kennenlernen bei unserem ersten Termin. Mit freundlichen Grüßen, Ihr SPZ-Team

Und bitte denken Sie an:

- Vorbefunde (falls vorhanden) – bitte bereits in Kopie
- Untersuchungsheft
- Zeugnisse (falls vorhanden)

Vielen Dank!