Elternfragebogen

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Persönliche Daten Ihres Kindes** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | | | | | | | | | | | Vorname | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | | | | | | | | | Geburtsort | | | | | | | | | | | | | |
| Geschlecht | | | | | Konfession | | | | | | | | Körpergewicht (aktuell) | | | | | | | Körpergröße (aktuell) | | | | | | |
| Zuzahlungsbefreiung bei Rezepten vorhanden **O** ja **O** nein | | | | | | | | | | | | | Nationalität | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Mutter** | | | | | | | | | | | | | **Vater** | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | | | | | Vorname | | | | | | Name | | | | | | | | | Vorname | | | | |
| Geb.-Datum | | | | | | | Konfession | | | | | | Geb.-Datum | | | | | | | | | Konfession | | | | |
| Adresse **O** wie Kind | | | | | | | | | | | | | Adresse  **O** wie Kind | | | | | | | | | | | | | |
| Festnetz | | | | | | | Mobil | | | | | | Festnetz | | | | | | | | | Mobil | | | | |
| E-Mail | | | | | | | | | | | | | E-Mail | | | | | | | | | | | | | |
| Derzeit ausgeübter Beruf | | | | | | | | | | | | | Derzeit ausgeübter Beruf | | | | | | | | | | | | | |
| **O**  Vollzeit | **O** Teilzeit \_\_\_ % | | | | | | | | **O** nicht berufstätig | | | | **O** Vollzeit | | | | | **O** Teilzeit \_\_\_ % | | | | | | | **O**  nicht berufstätig | |
| Nationalität | | | | | | | | | | | | | Nationalität | | | | | | | | | | | | | |
| Sorgeberechtigt **O** beide Eltern **O** Mutter **O** Vater **O** gesetzliche Betreuung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Geschwister Ihres Kindes** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Geb.-Datum | | | | | | | | | | | | | Name, Geb.-Datum | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Geb.-Datum | | | | | | | | | | | | | Name, Geb.-Datum | | | | | | | | | | | | | |
| Eventuelle Besonderheiten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Aktuelle Situation** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? **O** deutsch **O** andere Sprachen: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wird ein Dolmetscher benötigt? **O**  ja **O**  nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eltern: **O** leben zusammen **O** sind getrennt/geschieden seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **O** verwitwet seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **O**  haben nie zusammen gelebt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ihr Kind lebt hauptsächlich: **O** bei den leiblichen Eltern **O** bei der leiblichen Mutter **O** bei dem leiblichen Vater  **O** bei der leiblichen Mutter und PartnerIn **O** bei dem leiblichen Vater und PartnerIn  **O** bei Adoptiveltern **O** bei Pflegeeltern **O** bei Großeltern oder Verwandten **O** in einem Wohnheim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diagnosen und Krankheitsverlauf** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grunderkrankung Erstdiagnose (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Weitere Erkrankungen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schreitet die Erkrankung fort? **O** ja **O** nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gab es Besonderheiten bei Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung Ihres Kindes, die Sie mit der jetzigen Erkrankung in Verbindung bringen?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wann, wo und warum wurde Ihr Kind stationär behandelt (z.B. Art der Untersuchung, operativer Eingriff)?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Bei welchen Fachärzten/-zentren ist Ihr Kind angebunden (z.B. Epilepsiezentrum o.ä.)?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Welche leidvollen Symptome Ihres Kindes sollten gelindert werden (aus Sicht des Kindes)?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wobei wünschen Sie sich als Eltern Unterstützung durch das Kinderpalliativteam?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pflegegrad** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Welchen Pflegegrad hat Ihr Kind? | | | | | | | | | | | | | Beantragt seit: | | | | | | | | | | | | | |
| **Schwerbehindertenausweis** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Falls vorhanden, welche Merkzeichen? Behinderungsgrad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sind bei Ihrem Kind Allergien/ Unverträglichkeiten (Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, usw.) bekannt?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O** ja Falls ja, welche?  **O** nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wie wird Ihr Kind ernährt?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Orale Nahrungsaufnahme ist möglich **O** ja **O** nein **O** teilweise | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O** Normalkost | | | | **O** Sondenkost | | | | | | | **O** Passierte Kost | | | | | **O** Spezialnahrung | | | | | | | **O** Parenteral | | | |
| Handelsname der Nahrung: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gibt es Besonderheiten im Trink- und Essverhalten Ihres Kindes?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kann Ihr Kind die Urin-/Stuhlentleerung kontrollieren?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Urin **O** ja **O** nein **O** teilweise | | | | | | | | | | | | | | | Stuhl **O** ja **O** nein **O** teilweise | | | | | | | | | | | |
| **Welche künstlichen Zugänge/Abgänge wurden Ihrem Kind gelegt?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O** Magensonde | | | | | | | | **O** PEG **O** Button **O** Gastrotube | | | | | | | **O** PEJ | | | | | | **O** Port/ZVK | | | | | |
| **O** Trachealkanüle | | | | | | | | **O** Liquorableitung | | | | | | | **O** Blasenkatheter | | | | | | **O** | | | | | |
| **Welche motorischen Fähigkeiten besitzt Ihr Kind (z.B. läuft frei)?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wahrnehmung und Kommunikation mit Ihrem Kind** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kann Ihr Kind sehen? **O** ja **O** nein **O** teilweise | | | | | | | | | | | | | | | Kann Ihr Kind hören? **O** ja **O** nein **O** teilweise | | | | | | | | | | | |
| Kann Ihr Kind sprechen? **O** ja **O** nein **O** teilweise | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wie verständigen Sie sich mit Ihrem Kind? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Benutzt Ihr Kind Kommunikationshilfen? **O** nein **O** ja Falls ja, welche? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Welche Einrichtung/Schule/SVE/Werkstatt besucht Ihr Kind?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Welche Therapien bekommt Ihr Kind innerhalb der Einrichtung/Schule/SVE/Werkstatt? O** keine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O** heilpädagogische Förderung | | | | | | | | **O** Sehfrühförderung | | | | | | | **O** Physiotherapie | | | | | | **O** Ergotherapie | | | | | |
| **O** Musiktherapie | | | | | | | | **O** Logopädie | | | | | | | **O** | | | | | | **O** | | | | | |
| **Eventuelle Besonderheiten in der schulischen Versorgung (Kindergarten, Werkstatt) Ihres Kindes?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Welche therapeutischen Angebote unterstützen/fördern Ihr Kind zu Hause?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O** Frühförderung | | | | | | | **O** Physiotherapie | | | | | | **O** Logopädie | | | | | | | | | **O** Ergotherapie | | | | |
| **O** Musiktherapie | | | | | | | **O** Naturheilverfahren | | | | | | **O** Kunst/Maltherapie | | | | | | | | | **O** Infusionstherapie | | | | |
| **O** Psychologische Begleitung | | | | | | | **O** | | | | | | **O** | | | | | | | | | **O** | | | | |
| **Welche Hilfsmittel sind für Ihr Kind vorhanden und von welchem Versorger?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O** Schiene/Orthese  von | | |  | | | **O** Gehstützen  von | | | | | |  | | **O** Hörgerät  von | | | |  | **O** Korsett  von | | | | | | |  |
| **O** Lifter  von | | |  | | | **O** Pflegebett  von | | | | | |  | | **O** Rollstuhl  von | | | |  | **O** Lagerungshilfen  von | | | | | | |  |
| **O** Ernährungspumpe  von | | |  | | | **O** Autositz  von | | | | | |  | | **O** Absauggerät  von | | | |  | **O** Pulsoxymeter  von | | | | | | |  |
| **O** Monitor  von | | |  | | | **O** Sauerstoffflasche  von | | | | | |  | | **O** Flüssigsauerstoff  von | | | |  | **O**  O2-konzentrator  von | | | | | | |  |
| **O** Beatmungsgerät  von | | |  | | | **O** Toilettenstuhl  von | | | | | |  | | **O** Badewannenlifter  von | | | |  | **O** Reha-Buggy  von | | | | | | |  |
| **O** Therapiestuhl  von | | |  | | | **O**  von | | | | | |  | | **O**  von | | | |  | **O**  von | | | | | | |  |
| **Welche Unterstützung erhalten Sie bei der Versorgung Ihres Kindes?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O** Pflegedienst \_\_\_\_\_ h/Woche | | | | | | | | | | **O** Familienentlastender Dienst (FED) | | | | | | | **O** ambulanter Kinderhospizdienst | | | | | | | | | |
| **O** Freunde, Nachbarn, Verwandte | | | | | | | | | | **O** Sonstige (z.B. Beratungsstelle, Jugendamt) | | | | | | | **O** | | | | | | | | | |
| **Wer hat Ihnen empfohlen, sich an ein Kinderpalliativteam zu wenden?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O** Kinderarzt/ärztin | | **O** Kinderklinik | | | | | | | | **O** Pflegedienst | | | | | **O** Kinderhospiz | | **O** Eigeninitiative | | | | | | | **O** | | |
| **Besitzt Ihr Kind eine schriftliche Patientenverfügung, eine Elternverfügung oder eine Empfehlung zum Vorgehen im Notfall (EVN)?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O** ja, erstellt am | | | | | | | | | | | | | **O** nein | | | | | | | | | | | | | |
| **Was Sie uns gerne noch mitteilen wollen…..** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adressenliste kooperierender Einrichtungen** | | |
| **Fachklinik** | **Facharzt/ärztin** | **Ambulanter Pflegedienst** |
| Adresse  AnsprechpartnerIn  Tel.:  Email: | Adresse  Tel.:  Email: | Adresse  AnsprechpartnerIn:  Tel.:  Email: |
| **Sanitätshaus** | **Apotheke** | **Wohnheim** |
| Adresse  Tel.:  Email: | Adresse  Tel.:  Email: | Adresse  AnsprechpartnerIn:  Tel.:  Email: |
| **Kindergarten/Schule/SVE** | **Physiotherapie** | **Ambulanter Hospizdienst** |
| Adresse  AnsprechpartnerIn:  Tel.:  Email: | Adresse  AnsprechpartnerIn:  Tel.:  Email: | Adresse  AnsprechpartnerIn:  Tel.:  Email: |
| **O Jugendamt O gesetzl. BetreuerIn** | **Sonstige (z.B. weitere TherapeutInnen)** | **Sonstige (z.B. weitere Hilfsmittelversorger)** |
| Adresse  AnsprechpartnerIn:  Tel.:  Email: | Adresse  Tel.:  Email: | Adresse  Tel.:  Email: |
| **Evtl. weitere wichtige Adressen:** |  |  |
|  |  |  |

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung, die es uns ermöglicht, uns schnell auf Ihre konkrete Situation und Ihre Bedürfnisse einzustellen!

**Sie erleichtern uns die Arbeit, wenn Sie für unseren ersten Besuch bei Ihnen Kopien von den relevanten Arztbriefen oder von anderen wichtigen Unterlagen (z.B. Kopie Betreuerausweis, aktueller Medikamentenplan) für uns bereithalten.**

***Ihr Malteser Kinderpalliativteam***