

Elternfragebogen EMMA

Stammdaten

Name

A.1.1 Nachname des Kindes:

A.1.2 Vorname des Kindes:

A.2 Geschlecht: A.2.1 weiblich A.2.2 männlich

A.3.1 Geb. Datum: A.3.2 Ort:

Werden Geschwister mitgenommen? Nein Ja

Name	Geb. Datum	Beeinträchtigung Falls ja, welche?
		<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
		<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Anmerkung: Liegt beim Geschwisterkind eine Beeinträchtigung vor, so ist auch für dieses Kind ein Fragebogen auszufüllen.

Versicherungsdaten:

A.4.1 Versicherungsnummer Kind:

A.4.2 Mitversichert mit:

A.4.3 Versicherungsnummer der oben genannten Person:

A.4.4 Versicherungsanstalt:

A.6 Staatsbürgerschaft: A.6.1 Muttersprache:

A.17.5 Erhöhte Familienbeihilfe: Nein Ja

A.17.6.1 Pflegegeld: Nein Ja, Stufe:

A.11 Kindergarten/ Schule/ Hort/ Arbeit (Träger, Ort, Klasse/Gruppe,..)

.....

Haben Sie bereits einen EMMA-Kuraufenthalt in Anspruch genommen?

Nein Ja Falls ja, wann?.....

Kontaktdaten der Bezugspersonen:

A.8.6.1 Mutter / Vater / Bezugsperson:

(bitte nichtzutreffendes streichen bzw. Bezugsperson ergänzen)

A.8.6.1.1 Name:

A.8.6.1.2 Hauptwohnsitz:

A.8.6.1.3 Familienstand: A.8.6.1.4 Geb.-Datum:

A.8.6.1.7 Telefonnummern/E-Mail:

A.8.6.1.7.1 Mobil: A.8.6.1.7.2 Festnetz:

A.8.6.1.7.3 Arbeit: E-Mail:

A.8.7 Im Notfall verständigen:

Nachname	Vorname	Tel.-Nummer

A. 12 **Art der Beeinträchtigung/ Diagnose des Kindes** (Diagnose nach ICD-Code)

Geistige Beeinträchtigung/ Lernbeeinträchtigung

Körperliche Beeinträchtigung: Handrolli E-Rolli

Psychische Beeinträchtigung

Sinnesbeeinträchtigung

Spezifische Beschreibung der Beeinträchtigung:

.....

.....

A.15 **Medikation:** Nein Ja

Name (A.15.1)	Dosierung (mg, ml,...) (A.15.1.3)	Früh	Mittag	Abend	Nacht

A.15.5 Medikamentenunverträglichkeiten: Nein Ja:

Unterstützende Hilfsmittel

allgem. Hilfsmittel (e 1150)

Brille Augenfolie Kontaktlinsen Kindersitz

abnehmbare Zahnsperre festsitzende Zahnsperre

Schwimmhilfen (weil Nichtschwimmer)

spezielle Produkte und Technologien (e 120 und e 125)

Rollstuhl Prothesen E-Rolli Sitzschalen

Kommunikator Hörgerät (HdO) CI Blindenlangstock

Rollator Rampen für PKW Schutzhelm

Gehen auf kurzen Entfernungen möglich (d 4500) Nein Ja

Notwendige Anpassungen der Umgebung (e 155)

(z.B. WC-Sitz, Badewannenlift,)

(A.13) **Krankheiten und Operationen**

- Operationen:** Nein Ja:
- Organerkrankungen:** Nein Ja:
- Epilepsie:** Nein Ja:
- Asthma:** Nein Ja:
- Allergien:** Nein Ja:
- Diät/Schonkost:** Nein Ja:
- Diabetiker:** Nein Ja:
- Kinderkrankheiten:** Nein Ja:

Anmerkungen/Ergänzungen zur Gesundheit:

Impfungen: (→ Impfpass / mitgebrachte Dokumente)

Tetanus: Nein Ja FSME / Zecken: Nein Ja

Soll im Falle eines Zeckenbisses eine Passivimpfung vorgenommen werden?

Nein Ja sonstige Maßnahmen:

.....

Für eventuell auftretende Zeckenfolgeerkrankungen wird keine Verantwortung übernommen!

Soziale Verhaltensweise

d 7203 **Einhalten von sozialen Regeln:** nein ja

Beschreibung:

d 7204 **Nähe- und Distanzverhalten:** unauffällig auffällig

Beschreibung:

d 730 **Umgang mit Fremden:** unauffällig auffällig

Beschreibung:

d 7504 **Umgang mit Gleichaltrigen:** unauffällig auffällig

Beschreibung:

d 2401 **Umgang mit Stresssituationen**

Konfliktverhalten: unauffällig zieht sich eher zurück reagiert heftig

Konflikte mit Erwachsenen/Autoritätspersonen:

Konflikte mit Gleichaltrigen:

Aggressionen: gegen sich gegen andere Gegenstände

Sind Auslöser für aggressives Verhalten bekannt? Wenn ja, welche?

Weitere Bemerkungen zum Allgemeinen (Sozial-)Verhalten (d 710 – d 720)

Lebenspraktische Fähigkeiten

(wenn nein, bitte die Hilfestellung unter den Anmerkungen näher beschreiben)

	Ja	Nein		Ja	Nein
d 510 Selbstversorgung			d 550 Essen		
sich selbständig waschen und abtrocknen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	selbständiges Essen mit Essbesteck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d 540 Sich kleiden			Nahrungsmittel in Stücke schneiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
selbständiges An-/Ausziehen von Kleidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	selbständig Essen zum Mund führen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d 530 Toilettengang			d 560 selbständig Trinken		
selbständige Benutzung der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aus der Flasche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e 1150 (In-)Kontinenzeinlagen/ Windeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mit dem Strohhalm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			aus dem Glas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Platz für Anmerkungen / Hilfestellungen beschreiben:

b 134 Schlafverhalten: unauffällig auffällig

Beschreibung: (z.B. Rituale, Nachtlicht, Nachtwandler, Einschlafprobleme,...)

d 920 Freizeitgestaltung: (Spiel, Sport, Kunst, Musik,...)

Talente und Interessen

Wünsche

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen

Bitte legen Sie aussagekräftige Befunde und Berichte über Ihr Kind/Ihre Kinder bei!

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten