

Für die Altersgruppe 0 bis 48 Monate/ 4 Jahre

Erhebungsbogen für sozialmedizinischen Bedarf (für Ärzte)	 Universitäts Kinder Frauenzentrum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus	Patientenetikett (oder Name, Vorname, Geburtsdatum der Mutter)
---	--	--

Aufnahmedatum:**Besondere soziale Belastung**

	trifft zu	Keine Angabe möglich	trifft nicht zu
Alleinstehende Mutter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter der Mutter < 18 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als ein zu versorgendes Kind bei Alter der Mutter < 20 Jahre	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Abfolge von Schwangerschaften (< 18 Monaten)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eingeschränkte Bildungskompetenzen (ohne Schul-/ Berufsabschluss)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine/ sehr geringe Deutschkenntnisse der Eltern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere psychische Belastungen

Bekannte psychische Erkrankung der Mutter/ psychiatrische Vorbehandlungen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht/ Drogenkonsum der Mutter/ des Vaters	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf schwere Konflikte bzw. Gewalt in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medizinische Versorgung des Kindes

Fehlende Vorsorgeuntersuchungen des Kindes	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Kinderarztwechsel	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Umsetzung/ Akzeptanz von empfohlenen Maßnahmen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erhöhte Fürsorgeanforderungen des Kindes

Frühgeburtlichkeit	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrlinge	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene/ erworbene Erkrankung/ Behinderung	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe

Datum:

Unterschrift Arzt:

Procedere:

- Bitte für jedes Kind in der Altersklasse auf Station ausfüllen
- Alle Bögen in Kopie, auch ohne Befund, ins **entsprechende Abholfach** legen
- Bei einer **Punktzahl von mindestens 4**, bitte den Bogen an **458-8815925** faxen

Für die Altersgruppe 0 bis 48 Monate/ 4 Jahre

Erhebungsbogen für sozialmedizinischen Bedarf (für Pflege)	 Universitäts Kinder Frauenzentrum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus	Patientenetikett (oder Name, Vorname, Geburtsdatum der Mutter)
--	--	--

Aufnahmedatum:**Pflege- und Ernährungszustand bei Aufnahme**

	trifft zu	trifft nicht zu
Erhebliches Wachstumsdefizit (Untergewicht (<5. PZ), Gedeihstörung)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Körperlich ungepflegter Zustand/ Verwahrlosung ¹	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Keine altersgerechte Ernährung	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägt schlechter Zahnstatus ²	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>

Bitte am 3. Tag ausfüllen (bei Aufenthalten < 3 Tagen am Entlasstag ausfüllen)

Frühkindliche Regulationsstörung/ kindliche Verhaltensauffälligkeiten

(z.B. exzessives Schreien, Probleme der Schlaf-/ Wachregulation, Fütterstörungen, Schlafstörungen, starke Unruhe, Aggression, Depression) ³	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
--	----------------------------	--------------------------

Beobachtbare, deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme/ Versorgung des Kindes ⁴

auffällig desinteressiert am Kind	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
sehr ablehnende Äußerungen über Kind	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
wirkt passiv, antriebsarm	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
gibt häufig Kind ab	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
übersieht deutliche Signale des Kindes	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
schnell gereizt, häufige Überreaktionen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
kein/ sehr selten/ unregelmäßiger Besuch/ Kontakt	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>

Summe

Datum:

Pflegekraft (für Rückfragen):

Procedere:

- Bitte für jedes Kind in der Altersklasse auf Station ausfüllen
- Alle Bögen in Kopie, auch ohne Befund, ins **entsprechende Abholfach** legen
- Bei einer **Punktzahl von mindestens 4**, bitte den Bogen an **458-8815925** faxen