**Elternfragebogen EMMA**

**Stammdaten**

Name

A.1.1 Familienname des Kindes:

A.1.2. Vorname des Kindes:

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

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

Werden Geschwister mitgenommen? O Nein O Ja

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | Geb. Datum |  | Beeinträchtigung | Falls ja, welche? |
|  |  |  | O Nein O Ja |  |
|  |  |  | O Nein O 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: O Nein O Ja

A.17.6.1 Pflegegeld: O Nein O Ja, Stufe: ……..

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

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

Haben Sie bereits einen EMMA-Kuraufenthalt in Anspruch genommen?

O Nein O 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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname | Vorname | Tel.-Nummer |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

O geistige Beeinträchtigung/ Lernbeeinträchtigung

O Körperliche Beeinträchtigung: O Handrolli O E-Rolli

O Psychische Beeinträchtigung

O Sinnesbeeinträchtigung

Spezifische Beschreibung der Beeinträchtigung:

A.15 Medikation: O Nein O Ja

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

A.15.5 Medikamentenunverträglichkeiten: O Nein O Ja:

**Unterstützende Hilfsmittel**

**allgem. Hilfsmittel** (e 1150 )

🔿 Brille 🔿 Augenfolie 🔿 Kontaktlinsen 🔿 Kindersitz

🔿 abnehmbare Zahnspange 🔿 festsitzende Zahnspange

🔿 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: O Nein O Ja

FSME / Zecken: O Nein O Ja

Covid-19: O Nein O Ja

Impfung vollständig: O Nein O Ja

**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 | 🔿 | 🔿 | selbständiges Essen mit Essbesteck | 🔿 | 🔿 |
| d 540 **Sich kleiden** |  | | Nahrungsmittel in Stücke schneiden | 🔿 | 🔿 |
| selbständiges An-/Ausziehen von Kleidung | 🔿 | 🔿 | selbständig Essen zum Mund führen | 🔿 | 🔿 |
| d 530 **Toilettengang** |  | | d 560 **selbständig Trinken** |  | |
| selbständige Benutzung der Toilette | 🔿 | 🔿 | aus der Flasche | 🔿 | 🔿 |
| e 1150 (In-)Kontinenzeinlagen/  Windeln | 🔿 | 🔿 | mit dem Strohhalm | 🔿 | 🔿 |
|  |  |  | aus dem Glas | 🔿 | 🔿 |

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