



BARMHERZIGE BRÜDER KONVENTHOSPITAL LINZ

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte!

Wir danken für Ihr Interesse Ihr Kind in der Neurologisch linguistischen Ambulanz vorzustellen.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen den folgenden Anmeldebogen sorgfältig aus. Sie kennen Ihr Kind am besten, durch Ihre Angaben unterstützen Sie uns bei der Zusammenstellung des Untersuchungsteams. Dadurch leisten Sie bereits einen ersten entscheidenden Schritt zur effektiven Abklärung Ihres Kindes.

Senden Sie uns mit dem Anmeldebogen per Post oder Email bitte folgende Unterlagen:

- Ärztliche Überweisung
- Berichte bisheriger Untersuchungen/Behandlungen Ihres Kindes bei Ärzten, Psychologen, Therapeuten, etc. (in Kopie)
- Integrationsbescheide, Berichte aus dem Kindergarten und Schule (in Kopie)

Erst wenn Ihr Anmeldebogen mit allen Unterlagen bei uns eingegangen ist, können wir eine Untersuchung Ihres Kindes planen.

Aufgrund der großen Nachfrage kann es zu längeren Wartezeiten kommen. Eine Anmeldebestätigung erhalten Sie nach Eintreffen des Anmeldebogens per E-Mail.

Bezüglich der Terminvereinbarung werden wir uns telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Um Ihr Kind auf den ersten Besuch in der Neurologisch linguistischen Ambulanz vorzubereiten, haben wir Ihnen eine „Bildergeschichte“ darüber zusammengestellt. Darin sind mögliche Stationen des ersten Besuches in der Neurologisch linguistischen Ambulanz festgehalten. Sie können das Dokument herunterladen und anschließend das gesamte Dokument oder nur einzelne Seiten davon ausdrucken bzw. am Bildschirm gemeinsam mit Ihrem Kind anschauen.

[Download Bildergeschichte für Mädchen \(deutsch, 6 MB\)](#)

[Download Bildergeschichte für Buben \(deutsch, 6 MB\)](#)

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Neurologisch linguistischen Ambulanz

ANMELDEBOGEN

für Kinder unter 6 Jahren

Bitte denken Sie daran den ausgefüllten Anmeldebogen vor dem Abschicken zu speichern.

Mit * gekennzeichnete Felder sind verpflichtend.

ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZUR PATIENTIN:

Vorname Kind*: Familienname*:
Geburtsdatum*: Geschlecht: m w
Muttersprache*: SV Nr.*:

Der Anmeldebogen wurde ausgefüllt von:
Beziehung zum Kind (Vater, Pflegemutter,...):
Adresse (PLZ, Ort, Straße)*:
Tel.*: Mail*:

WARUM MELDEN SIE IHR KIND ZUR UNTERSUCHUNG AN?

- Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns*?

.....
.....
.....
.....
.....

- Gibt es besondere Fragestellungen weiterer behandelnder Ärzte/Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (Kindergarten/Krabbelstube)?

.....
.....
.....
.....
.....

- Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

.....
.....
.....

ABKLÄRUNG WURDE EMPFOHLEN VON:

- Arzt/Kinderarzt
- Kindergarten/Krabbelstube
- Therapeut/Frühförderung
- Eigeninitiative
- Andere:

MACHEN SIE SICH GEDANKEN

Nein Ein Wenig Ja

...wie Ihr Kind Neues lernt?

...wie selbständig Ihr Kind im Alltag ist?

...wie Ihr Kind spielt?

...wie Ihr Kind sich bewegt?

...ob Ihr Kind gut hört?

...ob Ihr Kind gut sieht?

...ob Ihr Kind versteht, was Sie zu ihm sagen?

...wie Ihr Kind spricht?

...ob Ihr Kind zu ängstlich/schüchtern ist?

...ob Ihr Kind zu traurig/niedergeschlagen ist?

...ob Ihr Kind leicht wütend wird?

...wie schnell sich Ihr Kind nach einer Aufregung beruhigt bzw. beruhigen lässt?

...wie ausdauernd Ihr Kind bei etwas dabei bleiben kann?

...wofür sich Ihr Kind interessiert?

...wie Ihr Kind mit anderen Kindern Kontakt aufnimmt?

...wie sich Ihr Kind für andere Kinder interessiert?

...wie Ihr Kind mit anderen Kindern spielt?

RAUM FÜR BEMERKUNGEN

.....

.....

.....

.....

WURDE BEI IHREM KIND BEREITS EINE DER FOLGENDEN DIAGNOSEN GESTELLT?

- Sprachentwicklungsverzögerung
- ADHS
- Hörstörung
- Sehstörung
- Allgemeiner Entwicklungsrückstand
- Autismus
- Körperliche Beeinträchtigung
- Andere:

Wann und von wem?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

WURDEN BEREITS SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN DURCHGEFÜHRT?

- | | Ja | Nein | Wann, Wo, Ergebnis? |
|--------------------|----|------|---------------------|
| • Hörtest | | | |
| • Sehtest | | | |
| • MRT | | | |
| • Entwicklungstest | | | |

ERHÄLT / ERHIELT IHR KIND BEREITS THERAPIEN?

- | | Ja | Nein |
|------------------|----|------|
| • Logopädie | | |
| • Ergotherapie | | |
| • Frühförderung | | |
| • Physiotherapie | | |
| • Andere: | | |

Nimmt ihr Kind Medikamente:

Wenn ja, welche: Dosis:

ENTWICKLUNG:

Ja Nein

- Probleme in der Schwangerschaft:

Wenn ja, welche:

- Geburtskomplikationen:

Wenn ja, welche:

- Ernsthafte Erkrankungen oder Operationen:

Wenn ja, welche:

MEILENSTEINE DER ENTWICKLUNG

- Sprache: Erste Wörter mit Monaten
Erste Zweiwortkombinationen mit Monaten
Beispiele:
- Motorik: Freies Gehen mit Monaten
Freies Fahrradfahren mit Jahren
Freies Schwimmen mit Jahren

ANGABEN ZUR FAMILIE*

Mit * gekennzeichnete Felder sind verpflichtend.

	Vater*	Mutter*
Name, Vorname*
Geburtsjahr*
Beruf*
Familienstand*:	verheiratet	Lebensgemeinschaft
	alleinerziehend	getrennt lebend
Bei wem lebt das Kind?*	
Wer ist obsorgeberechtigt?*	
Geschwister (Anzahl, Alter)*:	

BESUCHT IHR KIND EINE(N)*

Mit * gekennzeichnete Felder sind verpflichtend.

Krabbelstube	als Regelkind
Kindergarten	als Integrationskind
Vorschule	Heilpädagogische Gruppe

Bitte denken Sie daran den ausgefüllten Anmeldebogen vor dem Abschicken zu speichern.