



FÜR DIE ELTERN

INFORMATIONSFORMULAR

TEIL A: PSYCHOSOZIALE UND FAMILIENDATEN

(von den Eltern mitgeteilte Auskünfte)

Wenn die Gesundheit Ihres Kindes ernstlich gefährdet wird, ist eine besondere Behandlung Ihres Antrags unter bestimmten strengen Bedingungen möglich (siehe Teil B des Formulars, das Ihr Arzt ausfüllen muss).

Bei diesem Sonderverfahren wird die Behinderung durch den medizinischen Dienst des FÖD Soziale Sicherheit auf Grund der medizinischen Berichte und ohne ärztliche Untersuchung Ihres Kindes festgestellt.

Wenn diese medizinischen Bedingungen erfüllt werden, haben Sie etwas dagegen, dass dieses Verfahren für Ihren Antrag gilt? (kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an)

- Nein, ich habe nichts gegen dieses Sonderverfahren.**
- Ja, ich bin gegen dieses Verfahren und beantrage eine ärztliche Untersuchung durch den medizinischen Dienst des FÖD Soziale Sicherheit.**

Name und Vorname des Kindes:

Nummer des Nationalregisters des Kindes:

Bezeichnung und Adresse Ihrer Kinderzulagenkasse:

.....

(fakultativ) Aktennummer auf dem Formular „Antrag auf ärztliche Feststellung“ Ihrer Kinderzulagenkasse :

.....

Wer hat das Informationsformular ausgefüllt?

Name, Vorname :

Beziehung zum Kind/Jugendlichen (Familienmitglied, Lehrer, Sozialarbeiter, behandelnder Arzt):

Telefon :Mobiltelefon

Email-Adresse :

Datum: Unterschrift :

Zur optimalen Bearbeitung Ihrer Akte bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und uns zusammen mit Ihrem Antrag zurückzusenden. Dieser Fragebogen trägt dazu bei, die Situation Ihres Kindes besser zu analysieren.

Sie können den Fragebogen selber oder mit Hilfe einer dritten Person (Arzt, Sozialarbeiter(in), usw. ...) ausfüllen.

Nehmen Sie sich die Zeit, die Rubriken auszufüllen, aber nur die, die Ihr Kind betreffen. Benutzen Sie angemessene Wörter, um den Gesundheitszustand Ihres Kindes so genau wie möglich zu beschreiben.

Erziehung und Verhalten des Kindes zu Hause

Besucht das Kind einen besonderen oder angepassten Unterricht?

Wenn ja, seit wann? Monat/Jahr:

Welche Art von Unterricht?..... und wo ?

Hält sich das Kind in einer Einrichtung auf? Wenn ja, in welcher ?

..... und seit wann ?

Hält es sich regelmäßig oder für lange Perioden in einem Krankenhaus auf?

.....

Datum des letzten Krankenhausaufenthalts? Dauer?

Folgt das Kind einem Heimunterricht?

Hat das Kind eine schwere und/oder lange Behandlung?

.....

Wie wird das Kind zu Hause von den Eltern begleitet oder ermutigt (zum Beispiel bei einer psychomotorischen, Verhaltens- oder Sinnesstörung)?

.....

.....

Ist das Verhalten des Kindes zu Hause störend?

.....

.....

Hat das Kind Schwierigkeiten in der Schule, um Freunde zu gewinnen?

.....

.....

Weitere nützliche Informationen :

Beziehungen zu anderen Personen aufnehmen

Hat das Kind Schwierigkeiten beim Sprechen?

In welchem Maße sind die Sicht und das Gehör gestört?

Welche Schwierigkeiten hat das Kind um etwas zu verstehen, zu lesen oder zu schreiben?

Weitere nützliche Informationen:

Sich bewegen

Welche Schwierigkeiten hat das Kind, um sich zu bewegen?

Benutzt das Kind Krücken, Beuger, Prothesen oder ein anderes Hilfsmittel zum Gehen?

Welche Schwierigkeiten hat das Kind beim Spielen oder um Sport zu treiben (zum Beispiel um Rad zu fahren)?

Weitere nützliche Informationen:

Ärztliche Behandlungen zu Hause (mindestens während 6 Monaten)

Nimmt das Kind Arzneimittel? Welche und wieviel pro Tag (inklusive Aerosol)?

Kinesiotherapie zu Hause, Prothese oder Beuger, Korsett oder Gips ?

Hautbehandlung, Druckkleider, Salben: welche und wieviel pro Tag ?

Augenprothese, Gehörapparat oder cochleäres Implantat?

Gastrostomie, anale Dilatation, Stomie, Magensonde, Klyisma, Harnsondierung...?

Seit wann erfolgt die Behandlung zu Hause ?

Folgt das Kind einer Diät? Welche Diät?

Weitere nützliche Informationen?

Reisen für ärztliche Untersuchung und Behandlung

Es geht nicht um Reisen zur Schule oder im Rahmen des Unterrichtes.

Für welche Behandlungen muss das Kind reisen? (Logopädie, Kinesiotherapie, Arbeitstherapie, psychologische Begleitung).

Wo findet sie statt?

Wer übernimmt die Kosten der Reisen?

In welchem Rhythmus (wöchentlich, monatlich)?

Seit wann?

Weitere nützliche Informationen:

Sich ernähren, sich waschen, sich anziehen und Anpassung der Lebensgewohnheiten

Welche Schwierigkeiten hat das Kind beim Essen?

Welche Vorsorgen müssen beim Waschen oder bei der Hygiene getroffen werden?

Warum ist es erforderlich, dass die Eltern für die ärztliche Behandlung des Kindes zu Hause bleiben?

Wenn ja, halbtags oder den ganzen Tag ?

Und seit wann ?

Kann das Kind eine gewöhnliche Betreuung (Kinderkrippe, Tagesmutter) genießen? Warum?

Welche Schwierigkeiten bestehen beim Sport, bei den Ferien oder in den Jugendbewegungen?

Weitere nützliche Informationen:



INFORMATIONSFORMULAR

TEIL B: ÄRZTLICHE DATEN.

**Medizinisches Formular
 Arztgeheimnis**

DIESES DOKUMENT MUSS VOM
 BEHANDELNDEN ARZT AUSGEFÜLLT UND VOM
 ANTRAGSTELLER UNTER EINEM
GESCHLOSSENEN UMSCHLAG DEM
 ANTRAGSFÖRMULAR ZUR ÄRZTLICHEN
 FESTSTELLUNG ZUSAMMEN MIT TEIL A
 BEIGEFÜGT WERDEN.

Strenge Bedingungen für ein Beurteilungsverfahren ohne ärztliche Untersuchung (K.E. vom 27. April 2007).

Kreuzen Sie bitte das passende Feld an:

- Zurückhaltende Kurzzeitprognose ***
- Schwere Behandlung mit Einfluss auf die Immunität**
- Schwerer chirurgischer Eingriff in den 6 Monaten nach der Geburt oder nach einem Unfall**
- Während mindestens 6 Monate Krankenhausaufenthalt oder posttraumatische Rehabilitation in einer Einrichtung.**
- Das Kind unterzieht sich einer Palliativbehandlung**

Die erste Bedingung sowie eine der anderen vier Bedingungen müssen erfüllt werden. Dieses Verfahren kann nicht mehrere Male hintereinander gelten.

Achtung: Teil A des Fragebogens muss von den Eltern oder dem Erziehungsberechtigten unterzeichnet werden.

* Gemäß königlichem Erlass vom 27. April 2007

ALLGEMEINE AUSKÜNFTE ÜBER DIE ZU UNTERSUCHENDE PERSON

Name:.....
 Vorname:.....
 Geschlecht:.....
 Geburtsdatum:.....
 Nummer des Nationalregisters:.....
 Telefonnummer/GSM/SMS/Fax :.....
 E-Mail :

Wohnsitz

Strasse und Nummer:.....
 Postleitzahl:..... Ort:.....

Wenn Aufenthalt in einer Einrichtung, Name und Adresse:.....

FAMILIEN- UND SOZIALE SITUATION

	Alter	Gesundheitszustand	Beruf und/oder Schulbildung
Vater
Mutter
Geschwister des Kindes

AUSKÜNFTEN ÜBER DEN ARZT, DER DIESES DOKUMENT AUSGEFÜLLT HAT

Name:

Adresse:

.....

Telefonnummer:

Faxnummer:

E-Mail:

LIKIV-Nummer :

Vorgeschichte

Medizinische Vorgeschichte

Datum	Diagnose	Behandlung:
.....	Datum: vom bis zum (Monat/Jahr)
.....	Datum: vom bis zum (Monat/Jahr)
.....	Datum: vom bis zum (Monat/Jahr)

Chirurgische Vorgeschichte

Datum	Diagnose	Eingriffe
.....
.....

Schulbesuch

Regelschulwesen:

Sonderschulwesen:

Ort: Typ: Form: vom bis zum oder seit

Ort: Typ: Form: vom bis zum oder seit

IQ-Test:

Testtyp: Datum: Gesamt-IQ: vIQ: PIQ:

Testtyp: Datum: Gesamt-IQ: vIQ: PIQ:

Testtyp: Datum: Gesamt-IQ: vIQ: PIQ:

Aufenthaltseinrichtungen (MPI / Rehabilitation / Psychiatrie,...):

Ort: vom bis zum oder seit

Anfangsbericht / Entwicklungsbericht:

.....
.....

Verhalten (Beschreibung):

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

Heutige Erkrankungen

Diagnose	Datum 1ste Symptome	Datum Diagnose	Datum Anfang Behandlung
.....
.....

Heutige Behandlung

<u>Arzneimitteln</u> (Namen)	Dosierung	Datum Anfang (Monat/Jahr)
.....
.....

<u>Chirurgische Eingriffe</u>	Art	Datum
.....
.....

Krankenhausaufenthalte: Datum: vom bis zum (Monat/Jahr)

Datum: vom bis zum (Monat/Jahr)

<u>Rehabilitation</u>	<u>Datum Anfang</u>	<u>wie oft</u> (pro Woche oder Monat)	<u>Ort</u>
Logopädie
Heilgymnastik
Ergotherapie
Psychotherapie
Frühhilfe zu Hause

Behandlung (genau zu beschreiben): kontinuierlich oder nicht?

Spezifische Sicherheitsmassnahmen und/oder Vorbeugungsmassnahmen (zu Hause, Schule, Transport):

Sehvermögen

Wann wurde zum ersten Mal eine Sehstörung festgestellt? Monat Jahr

Untersuchung durchgeführt am: Monat Jahr

- Sehschärfe ohne Korrektur: rechtes Auge..... linkes Auge
- Sehschärfe nach Korrektur: rechtes Auge..... linkes Auge
- Beidäugige Sehschärfe (nach Korrektur):
- Gesichtsfeld (nach Korrektur): rechtes Auge..... linkes Auge

Hörvermögen

Wann wurde zum ersten Mal eine Hörstörung festgestellt? Monat Jahr

Hörgerät: nein / ja : seit Monat Jahr

Cochlea-Implantat : nein / ja : seit Monat Jahr

Letzte Hörprüfung: Monat Jahr

- Tonschwellenaudiogramm: Monat Jahr
- Sprachaudiometrie mit Prothesen: Monat Jahr

	Prothese	500	1000	2000 Hz	Durchschnitt
R.	ohne				
L.	ohne				
R.	mit				
L.	mit				

SPEZIALISIERTE BERICHTE ALS ANLAGE

Datum:.....

Unterschrift:.....