



**Sozialpädiatrisches Zentrum**  
 Anmeldung: 06151-402 3202  
 Fax: 06151-402 3209  
 www.kinderkliniken.de  
 spz@kinderkliniken.de

**Teil 2 zum Fragebogen zur Vorgeschichte und Entwicklung des Kindes**

**A1. Personalien (nur bei einem Pflegekind ausfüllen)**

Familienname des Pflegekindes, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Name d. Pflegemutter \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name d. Pflegevaters \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf der Pflegemutter \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf des Pflegevaters \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Anschrift der Pflegefamilie (derzeitiger Aufenthalt des Pflegekindes)

\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort

Straße, Hausnummer

**Angaben zum Pflegestatus**

Bereitschaftspflege	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	seit wann: _____	
Langzeitpflege	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	schriftlicher Beschluss vom: _____	Kopie ist beigefügt: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
a) Erziehungsstelle	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
b) Pflegefamilie	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Sonstiges z.B. stationäre Einrichtung	Name/Anschrift _____	seit wann: _____	

**Angaben zu Sorgerecht befugten Personen**

Leibliche Mutter	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Name, Vorname; Geburtsdatum; Beruf; Staatsangehörigkeit; Anschrift _____ _____
Leiblicher Vater	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Name, Vorname; Geburtsdatum; Beruf; Staatsangehörigkeit; Anschrift _____ _____

		_____
Amtsvormund	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Name des Amtsvormundes _____
Jugendamt	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Ansprechpartner und Adresse des Jugendamtes _____ _____

Eine Einverständniserklärung / Genehmigung vom Jugendamt (leibliche Eltern) zur Vorstellung des Pflegekindes im Sozialpädiatrischen Zentrum liegt vor	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
---	---

**Angaben zu Geschwistern des Pflegekindes**

<b>Leibliche Geschwister</b>	Name/Vorname	Geburtsdatum	Schule/Beruf	Auffälligkeiten	Aufenthaltort
1. Geschwister					
2. Geschwister					
3. Geschwister					
4. Geschwister					
5. Geschwister					
6. Geschwister					

Sind leibliche Geschwister verstorben?

Wenn ja, wissen Sie warum? \_\_\_\_\_

Hat die Pflegefamilie leibliche Kinder?

ja/ nein

Wenn, ja, wie viel und Alter der Kinder \_\_\_\_\_

Leben weitere Pflegekinder in der Pflegefamilie?

ja/ nein

● wenn, ja, wie viel und Alter der Kinder \_\_\_\_\_

● wenn ja, sind darunter Geschwister vom o.g. Pflegekind?  ja/ nein

Fragebogen wurde ausgefüllt von welcher Pflegeperson ausgefüllt:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Pflegestatus: \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Pflegestatus: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_