



**Darmstädter
Kinderkliniken**
Prinzessin Margaret



Sozialpädiatrisches Zentrum
Dieburger Straße 31
64287 Darmstadt
Anmeldung: 06151-402 3202
Fax: 06151-402 3209
spz@kinderkliniken.de
www.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

Leibliche Geschwister	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: _____