

Städtisches Klinikum gGmbH  
Sozialpädiatrisches Zentrum -SPZ-  
Theodor-Heuss-Str. 5  
38122 Braunschweig

Institution/Abteilung/Ressort  
**Sozialpädiatrisches Zentrum**

Leiter  
Dr. med. A. Mey

Durchwahl  
Tel.: (0531) 595 – 1236  
Fax: (0531) 595 – 1464

E-Mail  
spz@skbs.de

### Liebe Eltern,

dieser Anmeldebogen erleichtert es uns, Termine zur Untersuchung Ihres Kindes nach Dringlichkeit und Fragestellung zu vergeben. **Bitte schicken Sie diesen Anmeldebogen ausgefüllt und mit der Unterschrift des behandelnden Arztes (Seite 2) und des/der Sorgeberechtigten (Seite 3) ans SPZ.** Fügen Sie Arztbriefe, Untersuchungsergebnisse, Therapieberichte bei.

### Personalien Ihres Kindes (bitte in Druckschrift ausfüllen):

Familienname ..... Vornamen .....  
Geburtsdatum ..... Geburtsort .....  
Postleitzahl ..... Wohnort ..... Straße.....  
Krankenkasse .....

### Name und Geburtsdatum von Geschwisterkindern, die schon im SPZ in Behandlung sind:

.....  
.....

### Wie können wir Sie erreichen?

Festnetz ..... Mobil .....  
E-Mail .....

### Können wir Sie auch kurzfristig einbestellen?

- Ja, am gleichen Tag  
 Ja, einen Tag vorher  
 Nein

**Aus der Sicht des behandelnden Arztes:****Patient/Kind:**

Familiename ..... Vornamen .....

Geburtsdatum .....

**Mit welchen Schwerpunkten bzw. in welcher Sprechstunde wollen Sie das Kind vorstellen?**

- Sozialpädiatrie und Entwicklungsdiagnostik
- Psychologische Diagnostik
- Neuropädiatrische Sprechstunde  Epilepsie-Sprechstunde  Kopfschmerz-Sprechstunde
- Kindergastroenterologische Sprechstunde
- Frühgeborenen-/ Neugeborenen-Nachsorge, Säuglings-/ Asymmetrie-Sprechstunde

**Bisherige Diagnosen, aktuelle Fragestellung, Dringlichkeit**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes**

**Bitte geben Sie dem Patienten für die Fragestellung wichtige Arztbriefe, Untersuchungsergebnisse, Therapieberichte etc. mit der Anmeldung mit!**

**Erklärung zur Sorgeberechtigung**

Die Untersuchung im SPZ Braunschweig darf aus rechtlichen Gründen nur in Begleitung oder mit Einverständnis des Gesundheitsfürsorgeberechtigten -im Allgemeinen die Eltern- stattfinden.

Wer ist sorgeberechtigt?

- Beide Elternteile                       nur die Mutter                       nur der Vater  
 Pflegeeltern                               Vormund                               andere .....

Familienname, Vorname der Mutter: .....

Geburtsdatum der Mutter: .....

Adresse (falls abweichend vom Kind): .....

Familienname, Vorname des Vaters: .....

Geburtsdatum des Vaters: .....

Adresse (falls abweichend vom Kind): .....

Name der Pflegeeltern: .....

Name des Vormundes: .....

Zuständiges Jugendamt: .....

Falls für die Gesundheitsfürsorge eine Vormundschaft besteht, legen Sie bitte eine Kopie der Bestallungsurkunde bei.

Ich/Wir bestätigen hiermit, dass ich/wir als Gesundheitsfürsorgeberechtigte damit einverstanden sind, dass das umseitig benannte Kind im SPZ Braunschweig zur Diagnostik und Behandlung angemeldet und vorgestellt wird. Bei geteiltem Sorgerecht bestätigt der Unterzeichnende gleichzeitig, auch die Zustimmung des/der anderen Sorgeberechtigten eingeholt zu haben. Änderungen der Sorgerechtsregelung müssen dem SPZ Braunschweig mitgeteilt werden.

Ort/Datum .....

Unterschrift Vor- und Familienname .....

**Hier noch einige für uns wichtige ANGABEN vorab:**

**Welche Probleme hat das Kind aus Ihrer Sicht? Welche Hilfestellung erwarten Sie?**

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

**Angaben zu den Eltern:**

Leibliche Mutter: Herkunft: ..... in Deutschland seit .....

Schulabschluss: .....

erlernter Beruf: .....

jetzige Tätigkeit: .....

ganztags    Teilzeit .....    Schichtarbeit

Erkrankungen: .....

Leiblicher Vater: Herkunft: ..... in Deutschland seit .....

Schulabschluss: .....

erlernter Beruf: .....

jetzige Tätigkeit: .....

ganztags    Teilzeit .....    Schichtarbeit

Erkrankungen: .....

Familienstand:    verheiratet    geschieden    zusammenlebend    getrenntlebend

**Angaben zu Geschwistern des Kindes:**

Name: ..... Alter: ..... Erkrankungen: .....

**Angaben zur Schwangerschaft/Geburt:**

Die Schwangerschaft verlief  störungsfrei  mit Komplikationen: .....

.....

Die Geburt verlief  störungsfrei  mit Komplikationen: .....

.....

Maße bei Geburt Länge: ..... Gewicht: ..... Kopfumfang: .....

**Die Frühkindliche Entwicklung war**

normal

verzögert in den Bereichen:  Sprache  Laufen  Verhalten  Sauberkeitsentwicklung

.....

**Welche schweren Erkrankungen bestanden bisher?**

.....

.....

.....

.....

.....

**Gibt es Allergien / Unverträglichkeiten?**  Nein  Ja .....

.....

Welche **Medikamente** nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

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

Bisherige **Krankenhausaufenthalte / Operationen** (Wann, Weshalb, Wo)?

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

Frühere oder zurzeit durchgeführte **Förderung / Therapien / Kuraufenthalte:**

- Krankengymnastik (Bobath / Vojta) ..... Institut: .....
- Ergotherapie ..... Institut: .....
- Logopädie ..... Institut: .....
- Psychotherapie ..... Institut: .....
- Frühförderung ..... Institut: .....
- Psychomotorik ..... Institut: .....
- Lerntherapie ..... Institut: .....
- Kur / Reha ..... Institut: .....
- ..... Institut: .....

Hat das Kind Hilfsmittel (Brille, Hörgeräte, Einlagen, Orthesen, Rehakarre, Rollstuhl)?

Nein  Ja .....

.....

.....

Hat Ihr Kind einen **Behindertenausweis**?  Nein  Ja, ..... GdB, Merkzeichen .....

Erhalten Sie für Ihr Kind **Pflegegeld**?  Nein  Ja, Pflegegrad .....

Bei welchen **Ärzten / Einrichtungen** wurde Ihr Kind bisher untersucht und wann zuletzt?

- Augenarzt: ..... Datum: .....
- HNO-Arzt / Pädaudiologe: ..... Datum: .....
- Orthopäde: ..... Datum: .....
- Zahnarzt / Kieferorthopäde: ..... Datum: .....
- Kinderkardiologie: ..... Datum: .....
- Kindergastroenterologie: ..... Datum: .....
- Kinder- und Jugendpsychiater: ..... Datum: .....
- Psychologe: ..... Datum: .....
- Erziehungsberatung: ..... Datum: .....
- Sozialpädiatrisches Zentrum: ..... Datum: .....
- Neuropädiatrie: ..... Datum: .....
- ..... Datum: .....

Wurden schon **Testuntersuchungen** durchgeführt?

(z. B. Schulpsychologe, Gesundheitsamt, Kinderarzt, anderes SPZ, Erziehungsberatungsstelle, Kinder- und Jugendpsychiater, ...)?

- Nein
- Ja, bei .....
- bei .....
- bei .....
- bei .....

**Arztbriefe und Befunde bitte mitbringen!**

**Angaben zu Kindergarten und Schullaufbahn:****Krippe:** (aktueller oder früherer Besuch)

Name der Krippe: .....

 Regeleinrichtung    Integrationskrippenplatz    Kein Krippenbesuch**Kindergarten:** (aktueller oder früherer Besuch)

Name des Kindergartens: .....

 Regelkindergarten    Sprachheilkindergarten    Heilpädagogischer Kindergarten Integrative Gruppe    Kein Kindergartenbesuch**Schule:**Die Einschulung erfolgte    regulär    nach Zurückstellung    nach Schulkindergarten

Ihr Kind besucht zurzeit die ..... Klasse

Name der Schule: .....

Ihr Kind wiederholte die ..... Klasse

Es bekam / bekommt Förderunterricht    Nein    Ja, im Fach .....Es bekam / bekommt außerschulische Nachhilfe    Nein    Ja, im Fach .....

Wurde ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt?

 Nein Ja, im Bereich Lernen Geistige Entwicklung Körperlich-motorische Entwicklung Emotionale Entwicklung und Sozialverhalten Hören Sehen Sprache**Der Fragebogen wurde ausgefüllt von** Mutter    Vater    andere Person .....