

Städtisches Klinikum gGmbH
-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

Aus der Sicht des behandelnden Arztes:

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
- Säuglings-Sprechstunde, Frühgeborenen-/ Neugeborenen-Nachsorge

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!

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 1) 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? am gleichen Tag? einen Tag vorher?

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:

Name: Alter: Erkrankungen:

Name: Alter: Erkrankungen:

Name: Alter: Erkrankungen:

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 Motorik 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:

Wurden schon Testuntersuchungen durchgeführt?

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

Nein Ja, bei **Befund bitte mitbringen**

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:**

Name der Schule:

Die Einschulung erfolgte regulär nach Zurückstellung nach Schulkindergarten mit sonderpädagogischem Förderbedarf

Ihr Kind besucht zurzeit die Klasse

Ihr Kind wiederholte die Klasse

Es bekam / bekommt Förderunterricht Nein Ja, im FachEs bekam / bekommt außerschulische Nachhilfe Nein Ja, im Fach**Der Fragebogen wurde ausgefüllt von** Mutter Vater andere Person