

ANMELDEBOGEN

Institution/Abteilung/Ressort
Sozialpädiatrisches ZentrumStädtisches Klinikum gGmbH
Sozialpädiatrisches Zentrum -SPZ-
Theodor-Heuss-Str. 5
38122 BraunschweigLeiter
Dr. med. A. MeyDurchwahl
Tel.: (0531) 595 – 1236
Fax: (0531) 595 – 1464E-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 8) und des/der Sorgeberechtigten (Seite 2) per Post ans SPZ.** Fügen Sie Arztbriefe, Untersuchungsergebnisse, Therapieberichte bei. **Sie Erhalten keine Empfangsbestätigung.**

Personalien Ihres Kindes (bitte in Druckschrift ausfüllen):

Familiename: Vornamen:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Aktuelle Adresse: Straße.....

Postleitzahl Wohnort

Krankenkasse:

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

.....
.....

Wie können wir Sie erreichen?

E-Mail:

Mobil:

Festnetz:.....

Können wir Sie auch kurzfristig einbestellen?

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

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: Erstsprache:

Adresse (falls abweichend vom Kind):

Familienname, Vorname des Vaters:

Geburtsdatum des Vaters: Erstsprache:

Adresse (falls abweichend vom Kind):

Name der Pflegeeltern/der Wohngruppe:

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. Bitte denken Sie daran ggf. einen Dolmetscher mitzubringen, wenn keine ausreichenden Deutschkenntnisse vorliegen.

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, Vorname	Geburtsdatum	Vorerkrankungen

Angaben zur Schwangerschaft/Geburt:

Die Schwangerschaft verlief ☐ störungsfrei ☐ mit Komplikationen:

.....

Die Geburt verlief ☐ störungsfrei ☐ mit Komplikationen:

.....

Geburtsgewicht: Länge: 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:**

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik (Bobath / Vojta) | Institut: |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | Institut: |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | Institut: |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | Institut: |
| <input type="checkbox"/> Frühförderung | Institut: |
| <input type="checkbox"/> Psychomotorik | Institut: |
| <input type="checkbox"/> Lerntherapie | Institut: |
| <input type="checkbox"/> Kur / Reha | Institut: |
| <input type="checkbox"/> | 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 beifügen und mitschicken !

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 FachEs 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

Seite 7 von 8

Zum Ausfüllen für die behandelnde Arztpraxis:

Patient/Kind:

Familienname 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 ☐ Stoffwechsel Sprechstunde
☐ Frühgeborenen-/ Neugeborenen-Nachsorge, Säuglings-/ Asymmetrie-Sprechstunde

Ärztliche Angaben, bitte von der Praxis ausfüllen lassen:

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!