

ANMELDEBOGEN

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 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):

Familienname: 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:**

- 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 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

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

.....

.....

.....

.....

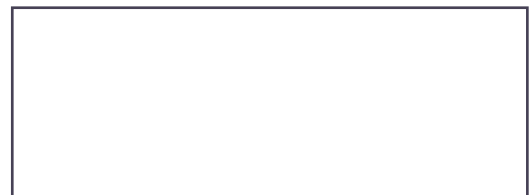
.....

.....

.....

.....

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes



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