

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

Sie haben sich wegen Ihres Kindes an uns gewandt. Wir möchten Ihnen gerne bei den anstehenden Fragen und Problemen helfen. Ein **Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)** ist eine interdisziplinär arbeitende Einrichtung zur ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Inhaltlicher Schwerpunkt sind Erkrankungen, die Entwicklungsstörungen, Behinderungen, Verhaltensauffälligkeiten oder seelische Störungen mit sich bringen oder bringen können. Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht das Kind und seine Familie bzw. sein Umfeld.

**Anmeldung für gesetzlich Versicherte:**

Kinder und Jugendliche können bei uns nur auf Überweisung von Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Ärzten für Neurologie und Psychiatrie sowie von Kinder- und Jugendpsychiatern vorgestellt werden. Klären Sie deshalb zunächst mit Ihrem Arzt, ob eine Untersuchung von unserer Seite erforderlich ist und gewünscht wird.

**Anmeldung für privat Versicherte:**

Unsere interdisziplinären Leistungen stellen wir Ihnen als **Quartalspauschale von 650 €** in Rechnung. Klären Sie bitte **vor Behandlungsbeginn** die Kostenübernahme durch Ihre private Krankenversicherung - sofern Sie beihilfeberechtigt sind, auch mit Ihrer Beihilfestelle. Sie sollten die Beihilfe darauf hinweisen, dass die PKV nach Zustimmung unsere Leistungen mit einer Quartalspauschale vergütet und wir **keine Rechnung auf Grundlage der GOÄ** stellen.

**Für alle:** Füllen Sie bitte den Anmeldebogen soweit wie möglich aus und senden diesen an uns zurück. Geben Sie bitte den „**Fragebogen an den überweisenden Vertragsarzt**“ an den Arzt Ihres Kindes weiter, der diesen dann direkt an uns senden soll. Diese Fragebögen helfen uns, Ihr Kind von Beginn an gezielt zu betreuen. Sämtliche Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Sobald Ihre Unterlagen bei uns eingegangen sind, steht Ihr Kind auf unserer Warteliste - die Wartezeit beträgt aktuell mehrere Monate (für **Kinder unter drei Jahren** gibt es eine eigene Warteliste mit kürzeren Wartezeiten). Sobald ein Platz frei ist, wird Ihnen von unserem Sekretariat ein Termin für eine **entwicklungsneurologische Untersuchung** bei einem unserer Ärzte mitgeteilt. Dabei wird entschieden, welche weiteren Untersuchungen bei Ihrem Kind notwendig sind und ob es bei einem weiteren Mitarbeiter des SPZ vorgestellt werden sollte.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. R. Meisen  
Ärztlicher Leiter des SPZ

## Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten zu Untersuchung / Therapie

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

besten Dank für die Anmeldung Ihres Kindes zu einer medizinisch-psychologischen Untersuchung, bzw. zu einer Therapie hier im Sozialpädiatrischen Zentrum.

Für eine Untersuchung bzw. Therapie im SPZ benötigen wir das Einverständnis der Personensorgeberechtigten.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ihr SPZ Team

Mit meiner Unterschrift erkläre ich / mit unseren Unterschriften erklären wir,

\_\_\_\_\_  
Name der Eltern / Sorgeberechtigten / gesetzliche Vertreter (Zutreffendes unterstreichen)

\_\_\_\_\_  
ggf. abweichende Anschrift

für

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Anschrift

- alleine personensorgeberechtigt zu sein.
- gemeinsam personensorgeberechtigt zu sein.
- eine Pflegschaft oder Betreuung besteht bzw. ist beantragt.

Hiermit gebe ich / geben wir als Personensorgeberechtigte/r mein / unser Einverständnis zu den anstehenden medizinisch-psychologischen Untersuchungen bzw. Therapien im SPZ.

**Bei gemeinsamer Personensorgeberechtigung sind für eine Behandlung beide Unterschriften zwingend nötig.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en des / der Personensorgeberechtigten

**Mir / Uns ist bekannt, dass diese Einverständniserklärung freiwillig abgegeben wird und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.**

# Anmeldebogen 0 -3 Jahre



## Vorzustellendes Kind

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Festnetz \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Krankenkasse mit Ort \_\_\_\_\_

Geschlecht weiblich  männlich

Das Kind ist mein leibliches Kind  Pflegekind

Stiefkind  Adoptivkind

Hatten Sie bereits telefonischen/persönlichen Kontakt zu einem Mitarbeiter/einer Mitarbeiterin des SPZ? Wenn ja, zu wem und wann?

\_\_\_\_\_

Wer ist sorgeberechtigt? \_\_\_\_\_

## Eltern

		Mutter	Vater	Andere/Pflegeeltern etc.
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Anschrift				
Familienstand				
Telefon				
freiwillig	Körpergröße/Kopfumfang			
	Schulabschluss			
	Berufsausbildung			
	Berufstätigkeit			
	Hobbys			

## Grund der Vorstellung

Schildern Sie hier bitte möglichst ausführlich, weshalb Sie Ihr Kind bei uns angemeldet haben. Erwähnen Sie auch gegebenenfalls bisherige Unfälle mit besonderen Folgen, Entwicklungsrückschritte oder andere besondere Vorkommnisse.

---

---

---

---

---

Welches sind Ihre Fragestellungen und Erwartungen an unsere Untersuchung?

---

---

---

---

Welche Ursachen haben Ihrer Meinung nach die Schwierigkeiten im Wesentlichen hervorgerufen?

---

---

---

---

## Geschwister

Führen Sie bitte **alle** Kinder in der Reihenfolge der Geburten an (inklusive Fehlgeburten)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule/Beruf	Erkrankungen/Frühgeburt
---------------	--------------	--------------	-------------------------

---

---

---

---

## Angaben zur Schwangerschaft

- |                                    |                          |  |
|------------------------------------|--------------------------|--|
| War die Schwangerschaft geplant?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/>                 |
| War die Schwangerschaft erwünscht? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/>                 |
| Fand künstliche Befruchtung statt? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/>                 |
| Infektionen                        | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/>                 |
| Wiederholte Blutungen              | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/>                 |
| Vorzeitige Wehen                   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/>                 |
| Übermäßige Übelkeit / Erbrechen    | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/>                 |
| Medikamente                        | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/>                 |
| Alkoholkonsum/Drogen               | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> Wie viel? _____ |
| Rauchen                            | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> Wie viel? _____ |
| Seelische Belastungen der Mutter   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/>                 |
| Wenn Ja, welche?                   | _____                    |  |

Sonstige Belastungen/Erkrankungen \_\_\_\_\_

## Angaben zur Geburt

Geburt in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche      Geburtsklinik \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_

Geburtslänge \_\_\_\_\_

Kopfumfang \_\_\_\_\_

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Zwillings-, Mehrlingsgeburt?                  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Komplikationen während/nach der Geburt?       | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Entbindung mit Saugglocke?                    | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Entbindung per Kaiserschnitt?                 | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| War eine Verlegung in die Kinderklinik nötig? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

## Angaben zu den ersten drei Lebensmonaten

- |                                   |  |                              |                                    |
|-----------------------------------|--|------------------------------|------------------------------------|
| Die Neugeborenenzeit war          | <input type="radio"/> komplikationslos | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> schwierig    |
| War Ihr Kind                      | <input type="radio"/> sehr ruhig       | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> sehr unruhig |
| Wie viel hat Ihr Kind geschrien?  | <input type="radio"/> wenig            | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> viel         |
| Wie viel hat es geschlafen?       | <input type="radio"/> viel             | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> wenig        |
| War Ihr Kind leicht zu beruhigen? | <input type="radio"/> Ja               | <input type="radio"/> Nein   |                                    |

## Entwicklungsgeschichte

Wie beurteilen Sie das Schlafverhalten Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie das Essverhalten Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind gestillt?  Ja  Nein Wie lange? \_\_\_\_\_  
Hat Ihr Kind häufig erbrochen?  Ja  Nein  
Wann wurde erste Nahrung mit dem Löffel gefüttert? \_\_\_\_\_  
Isst Ihr Kind mit Freude?  Ja  Nein  
Isst Ihr Kind selbständig?  Ja  Nein  
Verweigert Ihr Kind manchmal die Nahrung?  Ja  Nein  
Ist Ihr Kind sehr wählerisch?  Ja  Nein  
Nimmt Ihr Kind gut zu?  Ja  Nein

## Meilensteine der Entwicklung

Wann begann Ihr Kind

- Den Kopf zu halten mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Nach Gegenständen zu greifen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Freies Sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Freies Gehen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Erste Worte zu sprechen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Sprechen kleiner Sätze mit \_\_\_\_\_ Monaten

## Besuch von Krippe/Kindergarten

Besuch der Einrichtung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

Probleme in Kinderkrippe/Kindergarten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Krankengeschichte

Gab es Krebserkrankungen oder chronische Erkrankungen in der Familie? Ja  Nein

Wenn ja, welche und bei wem? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind in der Vorgeschichte schwere Erkrankungen, Operationen oder Unfälle?

Ja  Nein

Gab es in der Familie **einschneidende Erlebnisse** (z. B. Todesfälle, Trennung usw.)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche **Impfungen** hat Ihr Kind erhalten?

---

---

Welche **Medikamente** bekommt das Kind? \_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

**Bisherige Untersuchungen:**

O Sehtest Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_  
O Hörtest Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_  
O Sonstiges Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen **Schwerbehindertenausweis**?  Nein  Ja  
Erhalten Sie **Pflegegeld**:  Nein  Ja Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Da häufig auch Kontakte zu anderen Ärzten notwendig werden, bei denen Ihr Kind in Behandlung ist oder war, bitten wir Sie um genaue Angaben der entsprechenden Namen und, falls vorhanden, Kopien von Berichten beizulegen.

Mein Kind war in Behandlung bei (einschließlich behandelndem Kinderarzt):

Name	Telefon	Behandlungszeitraum
Name	Telefon	Behandlungszeitraum
Name	Telefon	Behandlungszeitraum

Bekommt oder bekam Ihr Kind **Therapien/Behandlungen**?  ja  nein

	Stunden- zahl	Seit wann?	Wo?	Beendet am?
Ergotherapie				
Physiotherapie				
Logopädie				
Heilpädagogik/ Frühförderung				
Psychotherapie				
Sonstige (Familienhilfe, Erziehungsberatung ...)				

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von \_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift **aller** Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für das ausführliche Beantworten der Fragen!

## An den überweisenden Vertragsarzt

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

entweder Sie selbst oder die Eltern des Kindes sind an uns bezüglich einer Vorstellung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) herangetreten. Vorweg möchten wir Ihnen für die Überweisung dieses Patienten und das in uns gesetzte Vertrauen danken.

Als erster diagnostischer Schritt ist eine kinderärztliche, entwicklungsneurologische Untersuchung in unserem SPZ geplant. Um diese Untersuchung möglichst effektiv durchführen zu können, sind wir auf Ihre Informationen angewiesen. Wir möchten Sie daher bitten, die folgenden Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen entweder den Eltern mitzugeben oder direkt an uns zu senden.

Ein Überweisungsschein ist zwingend zum **ersten** Untersuchungstermin erforderlich.

<b>Name des Kindes:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
Wegen welcher Probleme soll das Kind im SPZ vorgestellt werden?	
Seit wann sind diese Probleme bekannt?	
Welche <u>diagnostischen</u> Schritte wurden bisher deshalb unternommen, wo und mit welchem Ergebnis? (falls vorhanden Kopien beifügen)	
Welche <u>Therapien</u> hat das Kind?	
Seit wann ist das Kind in Ihrer Behandlung?	
Welche <u>anderweitigen</u> Erkrankungen / Probleme sind bei dem Kind bekannt?	
Sind bei dem Kind multiresistente Erreger aufgetreten? Wenn ja, welche?	
Sonstige Informationen oder Anliegen:	

### **Unterschrift überweisender Arzt / Stempel**

Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Wir werden den Eltern demnächst den Termin zur entwicklungsneurologischen Untersuchung mitteilen. Ein ausführlicher Bericht hierüber wird Ihnen dann in der Folge zugehen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. R. Meisen, Ärztlicher Leiter des SPZ