

Liebe Eltern, liebe 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 Krankheiten, 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:**

Die Behandlung erfolgt auf Überweisung von Ärzten/Ärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin, Ärzten/Ärztinnen für Neurologie und Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

**Klären Sie deshalb vorher mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin, ob eine Vorstellung in unserem SPZ erforderlich ist.**

**Anmeldung für privat Versicherte:**

Unser SPZ rechnet, wie die Mehrheit der sozialpädiatrischen Zentren, seine Leistungen über eine Quartalspauschale ab. Wir stellen keine Leistungen nach GOÄ in Rechnung. Die Pauschale ist für privat, wie auch für gesetzlich Versicherte dieselbe.

Bitte klären sie im Vorfeld mit Ihrer Krankenversicherung und ggf. Beihilfe die Kostenübernahme ab.

**Für alle:** Füllen Sie bitte die Anmelde-Unterlagen so weit wie möglich aus und senden sie an uns zurück. Geben Sie bitte den „**Fragebogen an den überweisenden Vertragsarzt**“ an den Arzt/die Ärztin Ihres Kindes weiter, der ihn dann direkt an uns senden sollte. Diese Fragebögen helfen uns, Ihr Kind von Beginn an gezielt zu betreuen. Sämtliche Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Wenn Ihre Unterlagen bei uns eingegangen sind, steht Ihr Kind auf unserer Warteliste. Sobald ein Platz frei ist, wird Ihnen von unserem Sekretariat ein Termin für eine **Erstuntersuchung** bei einem unserer Ärzte/Ärztinnen mitgeteilt. Dabei wird entschieden, welche weiteren Untersuchungen bei Ihrem Kind notwendig sind und ob es bei einem weiteren Mitarbeiter/einer weiteren Mitarbeiterin des SPZ vorgestellt werden sollte.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr SPZ-Team

## 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 medizinischen und psychologischen Untersuchungen bzw. Therapien im SPZ.

Ferner willige ich/willigen wir ein, dass nach der Erstuntersuchung der Kinderarzt/die Kinderärztin, bzw. der Hausarzt/die Hausärztin Ihres Kindes einen Arztbrief mit sämtlichen Diagnosen vom SPZ Memmingen erhält.

**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 ab 4 Jahre

## Vorzustellendes Kind

Name \_\_\_\_\_

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

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

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

Geschlecht weiblich  männlich  divers

Das Kind ist mein leibliches Kind  Pflegekind

Stiefkind  Adoptivkind

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

War Ihr Kind schon einmal im SPZ? Wenn ja, wann und bei wem?

\_\_\_\_\_

Bitte weiter mit Seite 2

\_\_\_\_\_

SPZ-interne Vermerke	
<b>Eingangsstempel</b>	<b>Anmeldeunterlagen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> vollständig</li> <li><input type="radio"/> Kinderärztlicher Fragebogen fehlt</li> <li><input type="radio"/> Sonstiges</li> </ul>
<b>Geplanter Termin:</b>	bei:    Arzt/Ärztin  bei:    Psychologe/Psychologin

## Grund der Vorstellung

Schildern Sie hier bitte möglichst ausführlich, weshalb Sie Ihr Kind bei uns anmelden.

---

---

---

---

---

---

---

---

Welches sind Ihre Fragestellungen und Erwartungen an unsere Untersuchung?

---

---

---

---

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

---

---

---

---

## Angaben zur Familie

### Eltern

	Mutter	Vater	Andere/Pflegeeltern etc.
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Anschrift			
Familienstand			
Beruf			
Telefon			

## Geschwister

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

Name, Vorname                      Geburtsdatum                      Schule/Beruf                      Erkrankungen/Frühgeburt

---

---

---

---

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

---

---

## Angaben zur Schwangerschaft

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"/>	Wieviel? _____
Rauchen	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	Wieviel? _____
Körperliche Erkrankung der Mutter	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	

Welche? \_\_\_\_\_

Seelische Belastungen der Mutter                      ja                                            nein                     

Welche? \_\_\_\_\_

## 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 Ihres Kindes in die Kinderklinik nötig?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>



Welche **Impfungen** hat Ihr Kind erhalten?

---

Welche **Medikamente** bekommt Ihr Kind?

\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

### Bisherige Untersuchungen

Sehtest Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

Hörtest Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

---

Hat Ihr Kind einen **Schwerbehindertenausweis**? ja  nein

GdB \_\_\_\_\_ Merkzeichen \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_

Erhalten Sie **Pflegegeld**: ja  nein  Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Da häufig auch Kontakte zu anderen Ärzten/Ärztinnen 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 ist **in Behandlung bei** (einschließlich behandelndem Kinder- und Jugendarzt/ behandelnder Kinder- und Jugendärztin):

Name Telefon Behandlungszeitraum

---

---

---

---

Bekommt oder bekam Ihr Kind **Therapien**?

ja  nein

	Wo?	Zeitraum
Physiotherapie		
Ergotherapie		
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!

Bitte senden Sie den Anmeldebogen an:

**SPZ Memmingen**  
**Bismarckstr. 23**  
**87700 Memmingen**



An

**SPZ Memmingen**

Bismarckstr. 23

87700 Memmingen

Tel: 08331-70 2500

**Fax: 08331-70 2335**

email: spz@klinikum-memmingen.de

von Praxis / Stempel

**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.

Um die Diagnostik möglichst effektiv durchführen zu können, sind wir auf Ihre Informationen angewiesen. Wir möchten Sie daher bitten, die folgenden Fragen zu beantworten und uns den ausgefüllten Fragebogen zukommen zu lassen.

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

**Ärztliche Anmeldung für das SPZ Memmingen**

betreffend

Name \_\_\_\_\_

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

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

**Überweisungsgrund/Auftrag:** \_\_\_\_\_

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

Dringender Vorstellungstermin gewünscht – bitte Begründung oder Telefonnummer für Rücksprache

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift