

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 ab dem 4. Lebensjahr



Vorzustellendes Kind

Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Anschrift _____

Festnetz _____ Handy _____

Krankenkasse mit Ort _____

Geschlecht weiblich männlich sonstige

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Motorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau |
| <input type="checkbox"/> Intelligenzentwicklung | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Sehen |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Erziehung | <input type="checkbox"/> Schulische Leistungen |

Sonstiges: _____

Können Sie die Probleme genauer beschreiben?

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

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 Nein

Komplikationen während/nach der Geburt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Meilensteine der Entwicklung

Wann begann Ihr Kind:

- Den Kopf zu halten mit _____ Monaten
- Nach Gegenständen zu greifen mit _____ Monaten
- Freies Sitzen mit _____ Monaten
- Stehen mit Festhalten mit _____ Monaten
- Freies Gehen mit _____ Monaten
- Erste Worte zu sprechen mit _____ Monaten
- Sprechen kleiner Sätze mit _____ Monaten
- Sauberkeit beim Wasserlassen bei Tag mit _____ Monaten
- Sauberkeit beim Wasserlassen bei Nacht mit _____ Monaten
- Sauberkeit beim Stuhlgang mit _____ Monaten

Besuch von Kindergarten/Schule

Besuch des Kindergartens von _____ bis _____

Name des Kindergartens _____

Probleme im Kindergarten?

Besuch der Schule seit _____ Aktuelle Schulart _____ Klasse _____

Name der Schule _____

Probleme beim Besuch der Schule?

Freizeit

Hat Ihr Kind Hobbys? Trifft es sich in seiner Freizeit mit Freunden? Was spielt Ihr Kind gerne?

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 _____

Kommentar: _____

Sehen: Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes von einem Augenarzt überprüft?

nein ja, bei _____ (Name und Adresse des Arztes)
Wann? _____
Befund auffällig? ja nein

Kommentar: _____

Hören: Wurde die Hörfähigkeit Ihres Kindes von einem HNO-Arzt überprüft?

nein ja, bei _____ (Name und Adresse des Arztes)
Wann? _____
Befund auffällig? ja nein

Kommentar: _____

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 (inkl. zuweisendem 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 ...)				

Wurde Ihr Kind schon mal stationär behandelt? Wenn ja, in welcher Klinik?

Anschrift der Klinik	von - bis	Wegen welcher Erkrankung?

Platz für Dinge, die Ihnen zudem noch als erwähnenswert erscheinen:

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.

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
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