

Sozialpädiatrisches Zentrum Mechernich
Ärztliche Leiterin:
Frau Dr. med. Stephanie Zippel
Ärztin für Kinder- u. Jugendmedizin
Schwerpunkt: Neuropädiatrie

Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH • 53894 Mechernich

53894 Mechernich, Im Schmidtenloch 34

Anmeldebogen

Telefon (02443) 17-0
Durchwahl (02443) 17-1670
Telefax (02443) 17-1672
E-Mail spz@kkhm.de

Sehr geehrte Eltern,

zur Anmeldung Ihres Kindes im SPZ bitten wir Sie, den nachfolgenden Bogen auszufüllen. Weiter benötigen wir eine **Überweisung eines Kinderarztes, Kinder- und Jugendpsychiaters, Neurologen oder Psychiaters** (*ausgenommen Selbstzahler*). Nach Eingang dieses Anmeldebogens teilen wir Ihnen schriftlich einen Termin zur Erstvorstellung mit. Wir bitten Sie, alle wichtigen Vorbefunde und Berichte, Vorsorgeheft, Impfpass und ggf. Zeugnisse als Kopie beizulegen oder spätestens zur Vorstellung mitzubringen. Die hier gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

Kind: Name: _____

Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: Straße: _____ Nr.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____ versichert über: _____

Bei abweichendem Nachnamen der Eltern (Pflege- / Stiefeltern):

Name : _____

Telefonnummer: privat: _____ Email: _____

mobil: _____

Wurde/wird ein anderes Kind Ihrer Familie bereits in unserem SPZ untersucht ?

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Um Ihr Kind behandeln zu dürfen, bitten wir Sie, diesen Abschnitt vom zur Überweisung berechtigten Arzt ausfüllen zu lassen.

Fragestellung/Indikation: _____

Stempel und Unterschrift des zur Überweisung berechtigten Arztes

In welchen Bereichen bestehen Auffälligkeiten?**Verhalten***Sozialverhalten:* _____*Emotionale Befindlichkeit:* _____
(z.B. ängstlich, traurig)*Konzentration:* _____**Sprache***Hören:* _____*Mehrsprachigkeit:* _____*Sprachentwicklung:* _____
(frühe Sprachentwicklung, Aussprache, Grammatik)*Mundmotorik/Schlucken:* _____**Bewegung***Feinmotorik:* _____*Grobmotorik:* _____*Schrift:* _____**Schulschwierigkeiten:** _____

Körperliche Beschwerden: _____

(z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schreien/Unruhezustände bei Säuglingen)

Seit wann bestehen die Auffälligkeiten: _____**Welche Schule/welchen Kindergarten besucht Ihr Kind ?**

Adresse: _____ Tel.: _____

Wurde das Kind wegen dieser Probleme bereits andernorts untersucht oder behandelt?

o nein o ja nämlich: 1. _____ wann: _____

2. _____ wann: _____

Ist Ihr Kind wegen des gleichen Problems bereits bei einer anderen Institution/Praxis angemeldet?

o nein o ja nämlich: _____

Wurden oder werden bereits Therapien durchgeführt?

Bei wem:

von:

bis:

Krankengymnastik: _____

Ergotherapie: _____

Sprachtherapie: _____

Frühförderung: _____

Psychotherapie: _____

Sonstige besondere Förderung/Beratung : _____
(z. B. Schule, Kindergarten, Jugendamt, sonstige Stellen)

Behandlungseinwilligung

Wir sind (ich bin) sorgeberechtigt für _____

Wir sind (ich bin) einverstanden: (bitte nachfolgend ankreuzen) mit der Behandlung im SPZ dass Befunde/Arztberichte und Empfehlungen zu meinem Kind eingeholt werden_____
Unterschrift Sorgeberechtigte
(Mutter / Vormund)**und**_____
Unterschrift Sorgeberechtigter
(Vater / Vormund)_____
Unterschrift Jugendlicher
(über 14 Jahre)**Schweigepflichtentbindung****Wir sind (ich bin) einverstanden mit dem (telefonischen) Austausch und der Weiterleitung von Befundberichten an nachfolgende Einrichtungen:** (bitte ankreuzen) Kinderarzt Kindergarten/-tagesstätte Schule therapeutische Praxen Frühförderstelle Beratungsstelle Jugendamt Sozialamt Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz Kinderklinik Tagesklinik Pflegeeltern Betreuer

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte
(Mutter / Vormund)**und**_____
Unterschrift Sorgeberechtigter
(Vater / Vormund)_____
Unterschrift Jugendlicher
(über 14 Jahre)

Fragebogen zur Familiensituation

Leibliche Mutter: Name: _____ Geb. Datum: _____

Vorname: _____ Nationalität: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Leiblicher Vater: Name: _____ Geb. Datum: _____

Vorname: _____ Nationalität: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Falls sich die Familiensituation geändert hat, geben Sie bitte auch hier die gleichen Angaben für andere wichtige Bezugspersonen (Lebensgefährt/innen, Stiefeltern, Pflege- und Adoptiveltern) an:

Pflege-/Stiefmutter: Name: _____ Geb. Datum: _____

Vorname: _____ Nationalität: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Pflege-/Stiefvater: Name: _____ Geb. Datum: _____

Vorname: _____ Nationalität: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____