

SPZ - ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte kinderärztliche Kolleginnen / Kollegen,
sehr geehrte Eltern,

Sie sehen die Notwendigkeit Ihren Patienten / Ihr Kind in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) in Jena vorzustellen.

Damit wir entsprechend der Indikationsstellung den Ablauf Ihres Besuches mit allen Ärzten und Therapeuten gut planen können, bitten wir Sie, den Anmeldebogen sorgfältig auszufüllen und an uns zurück zu senden. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass zur Optimierung unserer Terminvergaben unter Berücksichtigung enger Kapazitäten, die **Unterschrift und die Angaben Ihres behandelnden Kinderarztes** Voraussetzung zur Bearbeitung Ihrer Anmeldung sind.

Bitte beachten Sie, dass eine Behandlung Ihres Kindes nur nach Vorlage eines **gültigen Überweisungsscheines** erfolgen kann.

Nach Zusendung Ihres Anmeldebogens bemühen wir uns um eine zeitnahe Bearbeitung, dennoch ist mitunter leider mit Wartezeiten zu rechnen.

Terminvorschläge unsererseits werden Ihnen als Eltern per Post zugesandt.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Ihr SPZ-Team

Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer: privat:

dienstlich:

Krankenkasse:



VOM BEHANDELNDEN KINDERARZT AUSZUFÜLLEN

Was ist die Indikation für eine SPZ-Betreuung aus Ihrer Sicht?

.....
.....
.....
.....

Diagnosen/ Verdachtsdiagnosen:

.....
.....
.....

- Fehlbildungen, wenn ja welche.....
- ehem. Frühgeborenes (Schwangerschaftswoche:)
- geistige Entwicklungsstörung, wenn vorhanden bitte genauer beschreiben
- körperliche Entwicklungsstörung, wenn vorhanden bitte genauer beschreiben
- Epilepsie
Wo erfolgte die bisherige Betreuung? Letzte Vorstellung dort?.....
.....
Häufigkeit der Anfälle/ Anfallssituation stabil?
.....
- Einnahme von Medikamenten
Medikamentenname/ -dosierung:
.....
.....
.....

Auffälligkeiten:

- Hörvermögen noch keine Überprüfung
letzte Hörprüfung am Befund:
- Sehvermögen noch keine Überprüfung
letzte Sehprüfung am Befund:

Bestehende Auffälligkeiten bitte genauer spezifizieren

- Sprachentwicklung:
- Schluckstörung:

VOM BEHANDELNDEN KINDERARZT AUSZUFÜLLEN

Grobmotorik:

Feinmotorik:

Zusätzlich psychische Probleme:

Verhalten

Konzentration/ Ausdauer/ Schulleistung

Wenn vorhanden bitte spezifizieren:

.....
.....
.....

Soziale Besonderheiten (Adoption, Pflegefamilie, Heimunterbringung etc.):

.....
.....
.....

Wir bitten um Information über **bereits erfolgte Diagnostik** sowie **vor- oder mitbetreuende Einrichtungen** / Kliniken / Ambulanzen / Psychologen / Frühförderstellen etc.

.....
.....
.....
.....
.....

Ist die Besiedelung mit einem multiresistenten Erreger bekannt?

(MRSA, MRGN u.a.)

ja

nein

Anmerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....

Datum

Unterschrift / Stempel (behandelnder Kinderarzt):

VON DEN **ELTERN/ BETREUERN** AUSZUFÜLLEN

Kindergarten: integrativ regulär

Schulart: Grundschule Förderschule Hauptschule
 Realschule Gymnasium

Sonstiges/ anderer Schultyp:

Name der Schule / des Kindergartens:

.....

Eine **TQB-Begutachtung** ist beantragt erfolgt (*bitte Gutachten beifügen*)

(TQB = Team zur Qualitätssicherung in der sonderpädagogischen Begutachtung)

Therapien/ Förderung:

- Frühförderung : seit / von bis (*Jahr genügt*)
 Logopädie: seit / von bis
 Ergotherapie: seit / von bis
 Physiotherapie: seit / von bis

Bei der Rücksendung des Fragebogens bitte vorhandene **Vorbefunde/ Entwicklungsberichte/ Förderpläne** von Ärzten oder anderen Therapeuten (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychologie, Heilpädagogik) anfügen.

Bitte bringen Sie zur Vorstellung im SPZ mit:

- Chipkarte
- Überweisungsschein
- gelbes Untersuchungsheft
- vorhandene Hilfsmittel
- Zeugnisse (bei Schulschwierigkeiten)
- evtl. Vorbefunde / MRT-Bilder

Dolmetscher notwendig? ja nein **Sprache:**

Haben Sie Anmerkungen und Fragen? Welche Hilfe erwarten Sie von uns?

.....
.....
.....
.....
.....

Datum

Unterschrift (Eltern)