



Klinikum Westbrandenburg GmbH
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Department für Neuro- und Sozialpädiatrie
Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ
Behlertstraße 45a
Postadresse: Charlottenstraße 72
14467 Potsdam

Dr. med. Mona Dreesmann
Departmentleiterin

E-Mail spz@klinikumwb.de

Sekretariat:
Tel. 0331-2413 5972
Fax 0331-2413 5970

Patientenanmeldung SPZ:
Tel. 0331-2413 5973

Liebe Eltern und Pflegeeltern,

wir bedanken uns für Ihr Vertrauen, dass Sie Ihr Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) in Potsdam betreuen lassen möchten. In unserem SPZ sind unterschiedliche Berufsgruppen unter kinderärztlicher Leitung vereint. Die verschiedenen Fachbereiche arbeiten Hand in Hand, um den individuellen Bedürfnissen Ihres Kindes gerecht zu werden.

Wie geht es nun weiter?

Nach Sichtung Ihres Fragebogens, den Sie bitte von Ihrem Kinderarzt unterschreiben und abstempeln lassen, entscheidet die SPZ-Leitung die Dringlichkeit der Terminvergabe. Hierfür ist es wichtig, dass Sie uns Vorbefunde und Ergebnisse von Untersuchungen als Kopie mitsenden. Termine für eine erste Vorstellung bei uns werden Ihnen postalisch oder per Email zugesendet.

Bei **akuten neurologischen Problemen** ist auch eine Vorstellung über Ihren Kinderarzt in unserer Neuropädiatrischen Tagesklinik oder eine stationäre Aufnahme in unserer Kinderklinik möglich.

Bei **V.a. Leserechtschreibschwäche oder Rechenschwäche** ist zunächst die Kontaktaufnahme zu den Sonderpädagogen und/oder Schulpsychologen in der Schule ihres Kindes notwendig. Ihr Kinderarzt wird entscheiden, ob eine Vorstellung bei uns ergänzend erforderlich ist.

Parallelbehandlung: Die Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse erfolgt mit einem Überweisungsschein, der jeweils für ein Quartal gültig ist. Wurden Sie bereits mit Ihrem Kind schon in einem anderen SPZ in einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder in einer sozialpsychiatrischen Praxis im selben Quartal vorstellig, übernimmt in der Regel die Krankenkasse die Kosten der „Zweitvorstellung“ nicht, wenn die Vorstellung aufgrund derselben medizinischen Fragestellung erfolgt. Eine Vorstellung wäre aber prinzipiell möglich, vorausgesetzt, dass Sie dies mit Ihrer Krankenkasse im Vorfeld abgeklärt haben.

Zur ersten Vorstellung im SPZ bringen Sie bitte mit:

- gültigen Überweisungsschein des überweisenden Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin oder Facharztes für Allgemeinmedizin
- Versichertenkarte
- Vorsorgeheft
- Sollten Ihre Deutschkenntnisse nicht ausreichen, kommen Sie bitte in Begleitung eines Dolmetschers

Für evtl. Rückfragen steht Ihnen unsere Anmeldung gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. med. M. Dreesmann
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Schwerpunkt Neuropädiatrie
Departmentleiterin Neuro- und Sozialpädiatrie

Anmeldebogen Sozialpädiatrisches Zentrum Potsdam

Name des Kindes:

Geburtsdatum: weibl. männ. div.

Wohnadresse des Kindes:

Stempel und Unterschrift vom Kinderarzt erforderlich

Telefon (dringend erforderlich): Email:

Krankenkasse:

Sorgerecht liegt bei: Eltern Mutter Vater Adoptiveltern Jugendamt Sonstige

Name der Sorgeberechtigten/ des Vormundes		
Adresse der Sorgeberechtigten/ des Vormundes	<input type="checkbox"/> wie Wohnadresse Kind	<input type="checkbox"/> wie Wohnadresse Kind
Herkunftsland (wenn nicht Deutschland)		
Muttersprache (wenn nicht deutsch)		
Telefon		
Mit SPZ Vorstellung einverstanden	Datum und Unterschrift	Datum und Unterschrift

(eine Vorstellung im SPZ ist nur mit Zustimmung aller Sorgeberechtigten möglich)

Sind oder waren Sie bereits mit einem Geschwister /anderen Kind bei uns in Behandlung? (Name):

.....

Warum möchten Sie Ihr Kind im SPZ Potsdam vorstellen? Welche Probleme sehen Sie?

.....

.....

Wurde für Ihr Kind bereits eine Diagnose erstellt?

(Vorhandene Befunde bitte unbedingt dem Anmeldebogen in Kopie beifügen)

.....

Wer hat die Vorstellung im SPZ angeregt?

.....

Gibt es aktuell zu Hause/ in der Schule/ Kita folgende Auffälligkeiten?

- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hörprobleme / Sehprobleme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Häufige Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Häufige Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Übergewicht / Untergewicht / Essstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bettnässen / Einkoten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nervöse Zuckungen (Tic) / Nägelkauen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | | |
| Entwicklungsstillstand oder Entwicklungsrückschritte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Auffälligkeiten in der grobmotorischen Entwicklung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Auffälligkeiten in der Feinmotorik (Malen / Basteln) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Probleme beim Rechnen, Schreiben, Lesen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | | |
| Konzentrationsstörungen/Tagträumen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schüchternheit/Kontaktschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ängste | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wutanfälle / Schlagen / Streiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Einzelgänger / Außenseiter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Extreme motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ungenügende Gefahreinschätzung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Mein Kind kann besonders gut:

.....

Vorgeschichte:

Welche Probleme gab es in der Schwangerschaft? **keine**

.....

In welcher Klinik ist Ihr Kind geboren / Hausgeburt?

.....

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

Welche Komplikationen oder Besonderheiten gab es bei oder nach der Geburt? **keine**

.....

Bisherige Erkrankungen Ihres Kindes:

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung, gab es Unfälle, Operationen oder schwere Erkrankungen?

.....

Wie verlief die bisherige Entwicklung ihres Kindes?

Gezieltes Greifen mit Monaten Freies Sitzen mit Monaten

Gekrabbelt mit Monaten Freies Laufen mit Monaten

Erste Worte mit Monaten, erste 2- bis 3- Wortsätze mit Monaten

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? Wenn ja welche Sprachen?

Trocken und sauber tagsüber mit Monaten, nachts mit Monaten

Welche Kindertagesstätte/ Tagesmutter/ Schule (Klasse) besucht Ihr Kind oder wird es anderweitig betreut?

.....

Welche Probleme gibt es dort? keine

.....

Falls erfolgt: Was ergab die Vorstellung/ Diagnostik beim Sonderpädagogen/ Schulpsychologen?

.....

Welche Ärzte/ Ärztinnen betreuen/ betreuten Ihr Kind? (Name, Fachrichtung, Anschrift)

.....

.....

.....

Bekommt/ bekam Ihr Kind eine spezielle Förderung?

Physiotherapie Logopädie/Sprachtherapie

Ergotherapie Psychotherapie

Frühförderung

Sonstige (z.B. Erziehungsberatung).....

Ist Ihr Kind auf Hilfsmittel angewiesen und wenn ja, auf welche? (z.B. Rollstuhl, Brille, Hörgerät ...)

.....

.....

Bekommt/bekam Ihr Kind regelmäßig Medikamente? (Wenn ja, welche und seit wann?)

.....

.....

Hat Ihr Kind einen Schwerbeschädigtenausweis? Nein **GdB**..... **Merkzeichen:**

Welchen Pflegegrad hat Ihr Kind? keinen

Angaben zur Familie:

Vater (Vorname, Name): geb.:

Erlerner Beruf:

Jetzige Tätigkeit: Vollzeit / Teilzeit

Mutter (Vorname, Name): geb.:

Erlerner Beruf:

Jetzige Tätigkeit: Vollzeit / Teilzeit

Hat Ihr Kind Geschwister/ Halbgeschwister?

Vorname	Geburtsjahr	Erkrankungen
.....
.....
.....
.....
.....

Sind bei anderen Familienmitgliedern oder Verwandten Entwicklungsstörungen oder schwere Erkrankungen bekannt?

.....
.....

Hiermit bestätige/n ich/ wir die Richtigkeit der o.g. Angaben.

Name:.....**Unterschrift:**.....