

Postanschrift: Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam
Besuchereingang SPZ: Behlertstraße 45a, 14467 Potsdam
Parken: Parkhaus Poliklinik über Hebbelstraße und
Klinikums Gelände (kostenpflichtig)

Sozialpädiatrisches Zentrum
Klinikum Westbrandenburg GmbH
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Chefarzt Prof. Dr. Michael Radke

Leiterin Sozialpädiatrisches Zentrum
Dr. med. M. Dreesmann

Fon: 0331 / 241-35972
Fax: 0331 / 241-35970
E-Mail: spz@klinikumwb.de

Telefon für Terminabsprachen:
0331 / 241-35973

Liebe Eltern und Pflegeeltern,

wir bedanken uns für Ihre Anfrage nach einer Untersuchung Ihres Kindes im SPZ Potsdam.

Wir sind eine ärztlich geleitete Einrichtung, die spezialisiert ist auf die Behandlung kindlicher Entwicklungsauffälligkeiten, neurologischer Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und psychischer Erkrankungen. Wir behandeln Kinder von 0-18 Jahren mit einem Team aus Ärzten, Therapeuten, Psychologen und Sozialpädagogen.

Aufgrund der hohen Nachfrage bitten wir Sie, die Anmeldung bei uns mit Ihrem zuweisenden Arzt (Kinderarzt, Neurologen, Allgemeinmediziner oder Orthopäden) zu besprechen. Manchmal sieht er eine Vorstellung bei uns als nicht indiziert an und weiß bessere und schnellere Hilfe, um Ihr Kind zu unterstützen. Es ist günstig, wenn der Arzt ihres Kindes auf dem folgenden Anmeldebogen oben rechts unterschreibt und somit die Anmeldung bei uns für erforderlich hält.

Terminvergabe:

- Termine werden Ihnen zeitnah postalisch zugesendet. Hierbei entscheiden sowohl der Eingang Ihres Fragebogens als auch die Art der Erkrankung/Problematik.
- Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen deshalb möglichst bald zu.
- **Informieren Sie uns bitte über Zeiten, in denen Sie verhindert sind (Urlaubszeiten u. ä.) und keine Vorstellungen bei uns wahrnehmen können.**
- Sollte eine außergewöhnliche Dringlichkeit für eine rasche Erstvorstellung Ihres Kindes erforderlich sein (z. B. Epilepsie, zunehmende Kopfschmerzen), bitten wir Sie, sich telefonisch zu melden.

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen (als Kopien) vorab zu:

- das letzte Zeugnis, Therapeutenberichte oder Einschätzungen der Erzieher Ihres Kindes
- medizinische Vorbefunde, falls vorliegend: MRT-Bilder auf CD

Zur ersten Vorstellung im SPZ (in der Regel bei einem Arzt) bringen Sie bitte mit:

- **Überweisungsschein des überweisenden Arztes**
- **Versichertenkarte**
- **gelbes Untersuchungsheft (als Kopie)**
- bei geplanten Testungen etwas zu trinken und zu essen
- falls Sie nicht sorgeberechtigt sind, brauchen wir die entsprechende Vollmacht

Für evtl. Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. M. Dreesmann
Leiterin SPZ

Zur Kenntnisnahme

Liebe Eltern,

Sie machen sich Sorge um die Entwicklung Ihres Kindes und haben sich für eine Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes im SPZ Potsdam entschieden.

Die notwendigen diagnostischen Maßnahmen sind zeit- und personalintensiv und werden von den gesetzlichen Krankenkassen mit einer Kostenpauschale finanziert.

Die Abrechnung mit der 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.

Sollte das der Fall sein, müssen wir Ihnen leider den Betrag in Höhe von derzeit 317,75 € privat in Rechnung stellen.

Eine Vorstellung wäre aber prinzipiell möglich, vorausgesetzt, dass Sie dies mit Ihrer Krankenkasse im Vorfeld abgeklärt haben.

Dr. med. M. Dreesmann
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Schwerpunkt Neuropädiatrie
Leiterin SPZ

Postanschrift: Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam
Besuchereingang SPZ: Behlertstraße 45a, 14467 Potsdam
Parken: Parkhaus Poliklinik über Hebbelstraße und
Klinikums Gelände (kostenpflichtig)

Liebe Eltern und Pflegeeltern, (nur für Privatpatienten)

ist Ihr Kind privat versichert, dann erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Versicherung über deren Bedingungen bzgl. einer Behandlung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum.

Nicht bei jeder Versicherung und bei jedem Tarif werden die Kosten vollständig übernommen, sodass eventuell Zuzahlungen notwendig sind, für die Sie selber aufkommen müssen.

Das Sozialpädiatrische Zentrum rechnet laut Vertrag mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen pro Quartal (ungeachtet der Behandlungstage) eine Pauschale in Höhe von 317,75 Euro ab.

Die Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum Potsdam beinhaltet eine Mehrbereichsdiagnostik bei in der Regel verschiedenen Berufsgruppen. Nach einem Anamnesegespräch wird die weitere Diagnostik bei uns festgelegt und erfolgt dann im Verlauf. In einzelnen Quartalen bieten wir ein unterschiedliches Angebot an Leistungen an.

Um Unannehmlichkeiten zu vermeiden, bitten wir Sie, sich vor dem ersten Termin bei uns, mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung zu setzen und die Kostenübernahme zu klären.

Durch uns erfolgen keine zusätzlichen Berichte, eigens für die PKV sowie keine GOÄ-Abrechnung.

Hiermit bestätige ich, die oben genannten Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und ggf. Kosten, die seitens der Privatkasse meines Kindes nicht getragen werden, selbst zu bezahlen.

Datum:

Unterschrift:

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. M. Dreesmann
Leiterin SPZ

Sozialpädiatrisches Zentrum Potsdam

Klinikum Westbrandenburg GmbH
Klinik für Kinder und Jugendmedizin
Leiterin: Dr. med. M. Dreesmann
Postanschrift: Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam
Besuchereingang SPZ: Behlertstraße 45a, 14467 Potsdam
Tel.: 0331 / 241-35973 (2) Fax.: 0331 / 241-35970

Bitte Stempel und Unterschrift vom Kinderarzt!

Elternfragebogen

Name, Vorname des Kindes: Geburtsdatum:

Abweichender Geburtsname:

Anschrift:

.....

Telefonnummer privat: dienstlich:

E-Mail:

Landkreis:

Krankenkasse: **Hauptversicherter:**

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

.....

Wo sehen Sie die derzeit größten Probleme? (Vorstellungsanlass)

.....

.....

.....

Waren Sie schon in der Vergangenheit im SPZ Potsdam? Ja Nein

.....

.....

Was soll sich verändern? / Welche Anliegen haben Sie an uns?

.....

.....

.....

Wer hat die Vorstellung im SPZ angeregt?

.....

Wurde ihr Kind deswegen schon an anderer Stelle untersucht?

(z.B. Psychologen, Sonderpädagogen, Ärzte, Kliniken, ...)

Befunde bitte unbedingt dem Anamnesebogen beifügen

(Falls nicht vorhanden, bitte vor dem Erstgespräch besorgen und zuschicken.)

Wann: Wo:

.....

.....

Gibt es zu Hause/ in der Schule / Kita folgende **Probleme**?

Krampfanfälle oder Fieberkrämpfe

Hörprobleme / Sehprobleme

Übergewicht / Untergewicht / Essstörungen.....

Kopfschmerzen (wenn ja, seit wann).....

Häufige Bauchschmerzen

Schlafstörungen

Bettnässen / Einkoten

Nicht altersgerechte Entwicklung

Entwicklungsstillstand oder Entwicklungsrückschritte.....

Stottern / Sprachprobleme

Motorische Ungeschicklichkeit

Konzentrationsstörungen.....

Trägheit/ Tagträumen.....

Schüchternheit/Kontaktschwierigkeiten

Ängste

Wutanfälle / Schlagen / Streiten.....

Nervöse Zuckungen / Nägelkauen

Einzelgänger / Außenseiter

Nicht altersgerechtes Verhalten / verspielt

Kann sich nicht allein beschäftigen.....

Unselbstständigkeit

Motorische Unruhe

Ungenügende Gefahreneinschätzung

Probleme in der Schule: Mathematik- oder Lese-Rechtschreibprobleme.....

Probleme beim Schreiben / Malen / Basteln

Vorgeschichte:

Gab es Probleme in der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

.....
.....

Zur Geburt Ihres Kindes:

In welcher Klinik ist Ihr Kind geboren / Hausgeburt (genaue Anschrift)?

.....

Vorausberechneter Geburtstermin, falls zu früh geboren:

Länge: cm, Gewicht: g, bei der Geburt

Gab es Komplikationen oder Besonderheiten bei der Geburt, wenn ja welche?

.....
.....

Gab es in der Neugeborenenzeit Probleme?

.....

Bisherige Erkrankungen Ihres Kindes:

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

.....
.....

Wie verlief die Entwicklung?

Erstes Lächeln mit Monaten

Gezieltes Greifen mit Monaten Freies Sitzen mit Monaten

Gekrabbelt von bis Monaten Selbständiges Gehen mit Monaten

Trocken und sauber tagsüber mit Monaten, nachts mit Monaten

War die **Sprachentwicklung** verzögert oder auffällig?

.....

Erste sinnvolle Worte mit Monaten,

Erste 2 - bis 3 – Wortkombinationen (kleine Sätze) mit Monaten

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? Wenn ja welche Sprachen?

Kindergarten:

Besucht(e) Ihr Kind einen Kindergarten oder wird / wurde es anderweitig betreut?

.....

Adresse:

Name der Erzieherin: Telefon-Nr.:

Welche Probleme gibt / gab es dort?

.....

.....

Schule:

Wurde ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?

Wann wurde Ihr Kind eingeschult?

Schulwechsel mal, in den Klassen:

Jetzt besucht Ihr Kind die Klasse

der - Schule in:

Name der Lehrer(in): Telefon-Nr.:

Seine Leistungen sind besonders gut in:

.....

Seine Leistungen sind nicht so gut in:

.....

Bekommt Ihr Kind Förderunterricht/ Nachhilfe?

.....

.....

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

.....
.....

War Ihr Kind beim **Augenarzt**? Wann: Wo:

Ergebnis:

War Ihr Kind beim **HNO - Arzt**? Wann: Wo:

Ergebnis:

Welche Art **spezieller Förderung** bekommt/bekam Ihr Kind? (Name, Adresse)

Physiotherapie: von bis

Logopädie/Sprachtherapie: von bis

Ergotherapie: von bis

Psychotherapie: von bis

Heilpädagogische Frühförderung: von bis

Erziehungsberatung: von bis

Sonstige:

Hat Ihr Kind irgendwelche **Hilfsmittel**? (z.B. Rollstuhl, Brille, Hörgerät ...)

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

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

.....
.....

Besitzt Ihr Kind einen **Schwerbeschädigtenausweis**?

Merkzeichen: Bekommen Sie Pflegegeld?

.....

Überweisender Arzt:

Anschrift:

Personalien:

Vater (Vorname, Name): geb.:

Erlerner Beruf:

Jetzige Tätigkeit: Vollzeit / Teilzeit

Mutter (Vorname, Name): geb.:

Erlerner Beruf:

Jetzige Tätigkeit: Vollzeit / Teilzeit

Sorgerecht/Pflegeverhältnis: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Ist das Kind: leibliches Kind Adoptivkind Pflegekind

Wo lebt ihr Kind z. Zt.: Eltern Mutter Vater Pflegeeltern Heim

Wer hat das Sorgerecht: Eltern Mutter Vater Pflegeeltern
 Jugendamt Großeltern Adoptiveltern Sonstige

Hat Ihr Kind Geschwister /Halbgeschwister?

Vorname	Geburtsjahr	besondere Krankheiten oder Beschwerden
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....

Datum / Unterschrift: