

Klinikum Westbrandenburg GmbH
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Department für Neuro- und Sozialpädiatrie
Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ
Behlerstraße 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,

Ihr Kinderarzt hat die Vorstellung Ihres Kindes in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum empfohlen.

Wir sind eine ärztlich geleitete Einrichtung, die spezialisiert ist auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsauffälligkeiten, neurologischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen.

Nach Eingang Ihres Fragebogens, den Sie bitte von Ihrem Kinderarzt unterschreiben und abstempeln lassen (Seite 1), entscheiden wir bzgl. der Terminvergabe bei uns nach Dringlichkeit. 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.

Zur ersten Vorstellung im SPZ bringen Sie bitte mit:

- gültigen Überweisungsschein des überweisenden Kinderarztes oder Allgemeinmediziners
- Versichertenkarte
- Vorsorgeheft

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

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr SPZ-Team

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
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?

.....

.....

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 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:**.....

Liebe Eltern und Pflegeeltern,

Ihr Kind ist privat krankenversichert.

Das Sozialpädiatrische Zentrum rechnet für die Behandlung Ihres Kindes laut Vertrag mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen pro Quartal (ungeachtet der Behandlungstage) eine Pauschale in Höhe von 327,75 Euro ab. Über diese Pauschale sind sämtliche Leistungen, die das Sozialpädiatrische Zentrum gegenüber Ihrem Kind im Quartal selbst erbringt (wie beispielsweise das Anamnesegespräch, ärztliche Eingangsuntersuchung), abgegolten.

Nicht von der Pauschale erfasst sind vom Sozialpädiatrischen Zentrum im Namen des Patienten mit Überweisungsschein beauftragte fachfremde, externe, objektiv medizinisch notwendige Leistungen, wie beispielsweise Laboruntersuchungen, radiologische Untersuchungen, humangenetische Untersuchungen oder eine Stoffwechseldiagnostik. Hier kommt regelmäßig ein neues Behandlungsverhältnis zwischen Ihnen bzw. Ihrem Kind und dem beauftragten Leistungserbringer zustande, auf dessen Grundlage der beauftragte Leistungserbringer seine erbrachten Leistungen Ihnen in Rechnung stellen kann, die Sie dann wiederum bei Ihrer Krankenversicherung zur Kostenerstattung einreichen können.

Nicht bei jeder privaten Krankenversicherung und bei jedem Tarif werden die Kosten für die sozialpädiatrische Behandlung sowie für beauftragte fachfremde Leistungen vollständig übernommen, sodass eventuell Zuzahlungen notwendig sind, für die Sie selber aufkommen müssen. Um Unannehmlichkeiten zu vermeiden, bitten wir Sie, sich vor dem ersten Termin bei uns, mit Ihrer Krankenversicherung in Verbindung zu setzen und die Kostenübernahme für die Behandlung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum 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 Privaten Krankenversicherung für die Behandlung meines Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum nicht getragen werden, selbst zu bezahlen.

Datum:

Unterschrift:

Mit freundlichen Grüßen,

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

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 327,75 € 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
Departmentleiterin Neuro- und Sozialpädiatrie