

Chipkarten-Daten - Computerausdruck durch die Kinderarztpraxis

Städtisches Klinikum Dresden
Standort Neustadt/Trachau
Sozialpädiatrisches Zentrum
Industriestraße 40, 01129 Dresden
Fon (0351) 856 3550
Fax (0351) 856 3569
E-Mail: spz@klinikum-dresden.de
www.klinikum-dresden.de

Überweisungsschein bitte erst nach Terminvergabe ausstellen.

Anmeldung SPZ

Überweisender FA f. KJM
(Stempel):

Liebe Eltern!

1. Füllen Sie das Anmeldeformular mit Hilfe des Kinderarztes sorgfältig aus.
2. Wir schätzen die Dringlichkeit ein.
3. Ihnen wird ein Termin für die Erstvorstellung zugeschickt.

Diagnose/Verdachtsdiagnose (vom *Kinderarzt* auszufüllen)

Hinweise des behandelnden Kinderarztes an das SPZ z. B. übertragbare Krankheiten (MRSA; Scabies etc.):

Wie alt ist Ihr Kind? (bitte ankreuzen)

Geburtsdatum:

- Säuglingsalter (1. Lebensjahr)
- Krippenalter (2.-3. Lebensjahr)
- Kindergartenalter (3.-6. Lebensjahr)
- Grundschulalter (6.-10. Lebensjahr)
- Kind ist älter als 10 Jahre
- Vorschuljahr

In welche Einrichtung bzw. Schule (mit Angabe der Klasse) geht Ihr Kind?

In welchen Bereichen zeigt Ihr Kind Entwicklungsauffälligkeiten? (bitte ankreuzen)

- Motorik
- Sprache
- Sehen
- Denken
- Hören
- Fühlen

Hat Ihr Kind Verhaltensauffälligkeiten? Wenn ja, beschreiben Sie diese kurz.

Wo zeigen sich die Verhaltensauffälligkeiten? (bitte ankreuzen)

- im Kindergarten/Hort zu Hause in der Schule

Welche Therapien erhält Ihr Kind? (bitte ankreuzen)

- Physiotherapie Ergotherapie Logopädie
 andere Therapien Welche? _____

Erhält Ihr Kind heilpädagogische Frühförderung?

- Ja Nein

Erfolgte bisher eine Betreuung in folgenden Einrichtungen oder ist eine solche geplant?
(bitte ankreuzen)

- Klinik/Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie anderes SPZ
 Praxis für Psychotherapie Erziehungsberatungsstelle
 Schulpsychologie Epileptologische Sprechstunde

Welche Fragestellung haben Ihr Kinderarzt und Sie ans SPZ?

Bitte beachten Sie:

Unsere vordergründige Aufgabe besteht in der Früherkennung und Behandlung von Entwicklungsstörungen bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sowie in der Betreuung von Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen und mehrfachen Behinderungen.

Der alleinige Wunsch nach Ausstellung von Rezepten ist kein Grund für eine Vorstellung im SPZ.

Voraussetzung für die Behandlung im SPZ ist die Unterschrift aller Sorgeberechtigten.

.....
Unterschrift Sorgeberechtigter 1

.....
tagsüber telefonisch zu erreichen

.....
Unterschrift Sorgeberechtigter 2

.....
E-Mail

.....
Datum