

Städtisches Klinikum Dessau · Auenweg 38 · 06847 Dessau-Roßlau

Städtisches Klinikum Dessau
Sozialpädiatrisches Zentrum
Haus 5
Auenweg 38
06847 Dessau-Roßlau

**Interdisziplinäres Kinder-Zentrum
Sozialpädiatrisches Zentrum**

**Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Standort Auenweg**

Leiterin Dr. med. A. Eger
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,
Schwerpunkt Neuropädiatrie, Epileptologie
(Zertifikat DGfE), Psychotherapeutin Tiefen-
psychologie Kd./Jgdl.
Chefarzt: PD Dr. med. habil. St. Fest

☎ (03 40) 5 01-38 50

☎ (03 40) 5 01-38 52

E-Mail: SPZ@Klinikum-Dessau.de

SPZ - ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Eltern/ Sorgeberechtigte,
Sehr geehrte kinderärztliche Kolleginnen/ Kollegen,

Sie sehen die Notwendigkeit Ihr Kind/ Ihren Patienten in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) vorzu-
stellen.

Damit wir entsprechend der Indikationsstellung den Ablauf Ihres Besuches mit allen Ärzten und Therapeuten
gut planen können, bitten wir Sie den Anmeldebogen sorgfältig ausgefüllt an uns zurück zu senden. Zur
vollständigen Bearbeitung und Terminvergabe ist es zwingend notwendig, dem Anmeldebogen eine **aktuelle
und gültige Überweisung**, sowie die Unterschrift ihres behandelnden Kinderarztes beizulegen.

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

Terminvorschläge unsererseits werden Ihnen als Eltern per Post zugesandt.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Ihr SPZ-Team

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum männlich weiblich

Adresse

Telefonnummer/-n

E-Mail

Staatsangehörigkeit deutsch andere:
 Familiensprache:

Gesetzlicher Vertreter Vater Mutter Vormund Pflege-/ Adoptiveltern
 Adoptivkind, seit wann in der Familie:
 Pflegekind, seit wann in der Familie:

Abweichende Wohnform Wohngruppe Kinderheim Erziehungsfachstelle

Weshalb möchten Sie Ihr Kind im SPZ Dessau vorstellen?

.....

Diagnosen (sofern bekannt):

.....

In welchem Bereich bestehen Störungen bzw. Auffälligkeiten? Seit wann?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Koordination/ Bewegung | <input type="checkbox"/> Schulleistungen |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Sprache | <input type="checkbox"/> familiäre Probleme |
| <input type="checkbox"/> Hör- und Sehvermögen | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> Wachstum/ Körperbau | <input type="checkbox"/> andere: |
| <input type="checkbox"/> Konzentration/ Ausdauer | |

Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

.....

Wer hat Ihnen zur Vorstellung im SPZ geraten?

.....

Angaben zu den bisher aufgesuchten Ärzten/ Untersuchungen und Hilfs-/ Therapieangeboten

Bitte fügen Sie bisherige Befunde in Kopie der unten genannten Institutionen dem Anmeldebogen bei!

	Name	Adresse	Zeitpunkt
Kinderarzt			
Neuropädiater			
HNO-Arzt			
Augenarzt			
Orthopäde			
Psychologe			
Frühförderung			
Physiotherapie			
Logopädie			
Ergotherapie			
Andere			

Welche der folgenden Einrichtungen besuchte Ihr Kind?

- Kinderkrippe, seit Kindertagesstätte, seit
- integrative/ heilpädagogische Kindertagesstätte, seit
- Integrativplatz? ja nein

- Grundschule, seit Förderbedarf: ja nein
- Förderschule, seit Klassenstufe
- Gymnasium Realschule Hauptschule

Name und Adresse der aktuellen Einrichtung:

.....

Schulbeginn geplant, ab

Eine Begutachtung durch den MSDD* ist beantragt erfolgt (bitte Gutachten beifügen)

*MSDD = mobiler sonderpädagogischer diagnostischer Dienst

Ist bei Ihrem Kind die Besiedelung mit einem sogenannten „Problemkeim“ bekannt? (MRSA, MRGN, ...)

ja nein weiß nicht

Wird ein Dolmetscher, aufgrund sprachlicher Barrieren benötigt?

ja, Sprache nein

→ Diesen bitte zum Erstvorstellungstermin im SPZ Dessau selbstständig organisieren.

Haben Sie Fragen und Anmerkungen?

.....

.....

Datum Unterschrift (Eltern/ Sorgeberechtigte)

Fragestellung Kinderarzt:

.....

Unterschrift/ Stempel (behandelnder Kinderarzt)