

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,

Sie sehen die Notwendigkeit Ihr Kind in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) vorzustellen.

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** 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?

Koordination/ Bewegung

Schulleistungen

geistige Entwicklung

Verhalten

Sprache

familiäre Probleme

Hör- und Sehvermögen

epileptische Anfälle

Wachstum/ Körperbau

andere: .....

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 selbständig organisieren.

Haben Sie Fragen und Anmerkungen?

.....

.....

.....

Datum ..... Unterschrift (Eltern/ Sorgeberechtigte) .....