STÄDTISCHES
KLINIKUM
DESSAU

Akademisches Lehrkrankenhaus mit Hochschulabteilungen der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

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 Tiefenpsychologie Kd./Jgdl.
Chefarzt: Prof. Dr. med. 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) 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, sowie die **Unterschrift und Fragestellung ihres behandelnden Kinderarztes** beizulegen.

Bei Unterbringung außerhalb der familiären Häuslichkeit ist eine Unterschrift der Sorgeberechtigten oder des Amtsvormundes, sowie eine Vollmacht zur SPZ-Betreuung und eine Kopie der Bestallungsurkunde/ des Pflegevertrages zwingend der Anmeldung beizufügen. Bitte beachten Sie dazu die Seite 7 im Anmeldebogen.

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

STÄDTISCHES KLINIKUM DESSAU

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
☐ geistige Entwicklung
☐ Sprache
☐ Hör- und Sehvermögen
☐ Wachstum/ Körperbau
☐ Schulleistungen
☐ Konzentration/ Ausdauer
☐ familiäre Probleme/ Verhalten
☐ epileptische Anfälle
☐ andere: ……...

STÄDTISCHES KLINIKUM DESSAU

Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

……

……....

Wer hat Ihnen zur Vorstellung im SPZ geraten?

……..

……..

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.

STÄDTISCHES
KLINIKUM
DESSAU

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			

STÄDTISCHES
KLINIKUM
DESSAU

Haben Sie Fragen und Anmerkungen?

……

……

Datum …… Unterschrift (Eltern/ Sorgeberechtigte) ……

Fragestellung Kinderarzt: ……....

……..

……

Unterschrift/ Stempel (behandelnder Kinderarzt) ……..

STÄDTISCHES
KLINIKUM
DESSAU

Einverständniserklärung der / des Sorgeberechtigten

Die Sorgeberechtigten **für das Kind**

_____

Name, Vorname (des Kindes), geb. am

sind mit einer Vorstellung zur Entwicklungsdiagnostik und Entwicklungsbegleitung im SPZ einverstanden.

Der unterzeichnende Elternteil sichert zu,

- dass auch der abwesende Elternteil mit der Behandlung des gemeinsamen Kindes einverstanden ist
- von dem anderen Elternteil zur Einwilligung in die Behandlung bevollmächtigt worden zu sein
- allein sorgeberechtigt zu sein

und bestätigt mit seiner Unterschrift das Einverständnis aller Gesundheitsfürsorgeberechtigten.

_____

Ort, Datum

_____ _____

Unterschrift 1. Elternteil Unterschrift 2. Elternteil

_____

Unterschrift(en) der / des gesetzlichen Vertreter(s)

STÄDTISCHES
KLINIKUM
DESSAU

Vollmacht zur SPZ-Betreuung

Ich/ Wir (Name, Vorname der/ des Sorgeberechtigte/n /Amtsvormundes) _____

bevollmächtige/n hiermit (Name, Vorname, Institution)_____,

dass das Kind (Name, Vorname, Geburtsdatum) _____

zur Diagnostik und Betreuung im SPZ Dessau vorgestellt werden kann.

_____

Ort/ Datum/ Unterschrift der/ des Sorgeberechtige/n /Amtsvormundes

Unterbringung außerhalb der familiären Häuslichkeit

Bei Kindern, welche nicht ständig im Haushalt der leiblichen Eltern leben, füllen Sie bitte chronologisch die nachfolgende Liste ab der Geburt aus.

Hierzu zählen alle Arten der Fremdunterbringung, wie z.B. in Wohngruppen, Kinderheime, Bereitschafts-pflege, Pflegefamilien, Erziehungsfachstellen oder Adoptivfamilie.
Bitte legen Sie eine Kopie zum Nachweis über den aktuellen Aufenthalt vor.

Art der Unterbringung	Institution Name, Adresse, Telefonnummer	Dauer

Wo lebt das Kind aktuell? _____

Seit wann? _____