

Städtisches Klinikum Dessau · Auenweg 38 · 06847 Dessau-Roßlau

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

Sozialpädiatrisches Zentrum Dessau

SPZ-Leitung: Dr. med. A. Eger
FÄ Kinder-/Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie

☎ (03 40) 5 01-38 51
📠 (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 Bestattungsurkunde/ 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

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

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.

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			

Haben Sie Fragen und Anmerkungen?

.....
.....

Datum Unterschrift (Eltern/ Sorgeberechtigte)

Fragestellung Kinderarzt:

.....
.....

Unterschrift/ Stempel (behandelnder Kinderarzt)

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)

Vollmacht zur SPZ-Betreuung

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