

Anmeldebogen

Liebe Eltern,

wir danken für die Anmeldung Ihres Kindes. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und schicken Sie ihn mit wichtigen Befunden an uns zurück. Sie erhalten dann einen Termin bei uns.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr DBZ-Team

Hier können Sie ein aktuelles FOTO
Ihres Kindes hochladen...

Familienname: _____

Vorname: _____ weiblich männlich divers

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon-Nummern, unter denen wir Sie erreichen können:

privat: _____ dienstlich: _____

Ihre **Email - Adresse:** _____

Staatsangehörigkeit: _____

Muttersprache des Kindes: _____

Familiensprache: _____

Benötigen Sie Hilfe bei der Organisation eines Dolmetschers? Ja Nein

gewünschte Sprache: _____

Wären Sie damit einverstanden, dass wir Ihnen **Informationen, Arztbriefe, Terminerinnerungen** und andere Informationen bzgl. Ihres Kindes **per Email** zukommen lassen?

Ja Nein

Der Bogen wird ausgefüllt von:

- Mutter Vater andere _____

Ihr Kind wohnt bei:

- den Eltern Mutter Vater Adoptiveltern
 Pflegeeltern Heim sonstige Einrichtungen

	Erziehungsberechtigte		Andere
Name:			
Vorname:			
geb. am:			
Beruf (erlernt):			
Beruf (ausgeübt):			
Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> stundenweise	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> stundenweise	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> stundenweise

Falls **Anschrift abweichend vom Kind**, bitte hier angeben:

Sorgerecht:

- Eltern Mutter Vater
 Andere: _____

„Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im DBZ Neukölln zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Mit meinen/unseren Unterschrift/en erkläre/n ich/wir, für den Patienten personenberechtigt zu sein und auch im Namen einer etwaig weiteren sorgeberechtigten Person rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen und dass diese mit der Anmeldung im DBZ Neukölln einverstanden ist.

Hinweis: Ohne Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im DBZ Neukölln aus rechtlichen Gründen nicht möglich! Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und tragen Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts ein.

_____ Datum Unterschrift

Geschwister:

1. Vorname:		5. Vorname:	
geb.:		geb.:	
2. Vorname:		6. Vorname:	
geb.:		geb.:	
3. Vorname:		7. Vorname:	
geb.:		geb.:	
4. Vorname:		8. Vorname:	
geb.:		geb.:	

**Sind oder waren Geschwisterkinder
bereits in unserer Behandlung?**

Ja, Name: _____

Nein

Auf welchem Gebiet bestehen Auffälligkeiten oder Störungen, Fragen oder Unklarheiten?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Motorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> Einschulung | |
| <input type="checkbox"/> Feinmotorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> Schulleistungen | |
| <input type="checkbox"/> Sprachliche Entwicklung | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten | |
| <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> im Lesen | |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> im Rechtschreiben | |
| <input type="checkbox"/> Wachstum, Körperbau (Fehlbildungen) | <input type="checkbox"/> im Rechnen | |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Verhalten im Unterricht |
| <input type="checkbox"/> Schlafen | <input type="checkbox"/> Selbstständigkeit | <input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt/Sonderbeschulung |
| <input type="checkbox"/> Sauberkeit (Toilette) | | <input type="checkbox"/> Schulreform |
| <input type="checkbox"/> Sozialverhalten | | <input type="checkbox"/> Familienleben |
| | | <input type="checkbox"/> Erziehung |
| | | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Wer hat die Überweisung zu uns empfohlen?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt | <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> anderer Arzt | <input type="checkbox"/> Therapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Erzieher/in Kindergarten | | <input type="checkbox"/> Lehrer/in Schule | <input type="checkbox"/> Erzieher/in Hort |
| <input type="checkbox"/> andere Eltern | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | |

Welche Sorgen haben Sie wegen Ihres Kindes, welche Probleme gibt es, weshalb kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns (Vorstellungsgrund) ?

Was erwarten Sie von uns? Welche Hilfen möchten Sie haben?

Für weitere Angaben benutzen Sie bitte ein Ergänzungsblatt !

Besucht Ihr Kind zurzeit einen Kindergarten oder eine KiTa ?

Ja

Nein

Wenn ja, geben Sie bitte hier an:

Name: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Erzieherin: _____

Besucht Ihr Kind zurzeit eine Schule ?

Ja

Nein

Wenn ja, geben Sie bitte hier an:

Name: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Lehrer/in: _____

Es ist in der _____ Klasse

Ist Ihr Kind zurzeit in Behandlung?

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Felder an:

Behandlung in einem anderen SPZ

Welches: _____

Behandlung in einer Praxis/Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Welches: _____

Wurde Ihr Kind bereits früher an anderen Stellen untersucht oder behandelt?

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Felder an:

Krankengymnastik nach Bobath/Vojta, Psychomotorik

Logopädie/Sprachtherapie

Ergotherapie

Frühförderung/Hausfrühförderung

Psychologische Therapie

Betreuung in Erziehungsberatung

Betreuung durch Schulpsychologie

Regelmäßige ärztliche Untersuchungen/Behandlungen bei

Augenarzt

HNO-Arzt

Orthopädie

andere Fachärzte

Regelmäßige Behandlung in Krankenhaus-Ambulanz/Polikliniken

Behandlung in einer Praxis oder Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Behandlung in einem anderen SPZ

Nennen Sie uns bitte möglichst genau Name und Anschrift der von Ihnen angegeben Einrichtungen, Ärzte und Therapeuten sowie wenigstens ungefähr den Zeitraum der Betreuung:

Name und Anschrift	Zeitraum

Sie erleichtern uns die Tätigkeit für Ihr Kind sehr, wenn wir Informationen bei den von Ihnen benannten Ärzten, Therapeuten und Institutionen einholen und an uns von diesen herausgegeben werden dürfen.

Bitte unterschreiben Sie uns hierzu die umseitige Einverständniserklärung und die Schweigepflichtsentbindung.

DBZ

Zentrum für Sozial- und Neuropädiatrie
Tagesklinik und Ambulanz
Chefarzt: Dr. med. Christoph Hertzberg

Zentrum für Sozial- und Neuropädiatrie, Tagesklinik und Ambulanz,
Pavillon 4, Rudower Str. 48, 12351 Berlin

Name
des Kindes:

Geburts-
datum:

Schweigepflichtsentbindung

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass die im Zentrum für Sozialpädiatrie und Neuropädiatrie (DBZ) erhobenen Befunde unseres o. g. Kindes nachfolgende Institutionen weitergegeben dürfen:
(Bitte benennen Sie die einzelnen Personen namentlich in der dafür vorgesehenen Zeile)

- behandelnder Kinderarzt: _____
- zuständige Erzieher/innen der Kita: _____
- Zuständige Lehrer der Schule: _____
- Zuständige/r im Jugendamt: _____
- behandelnde Therapeuten: _____
- vorbetreuende Ärzte/Institutionen etc externe Einrichtungen, falls Kind in Pflegestelle untergebracht
- sonstige: _____

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass die Ärzte/Psychologen/Therapeuten/Sozialarbeiter aus dem DBZ Kontakt mit den oben genannten Institutionen aufnehmen, um unser Kind betreffende Sachverhalte zu besprechen oder um vorliegende Befunde einzuholen.

Diese Schweigepflichtsentbindung ist so lange gültig bis ich/wir diese schriftlich widerrufen.

Ort/Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Einverständniserklärung:

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass Untersuchungsbefunde oder Berichte über unser Kind an die Ärzte des Zentrums für Sozial- und Neuropädiatrie, Diagnose- und Behandlungszentrums (DBZ) weitergegeben werden.

Ort/Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Sehr geehrte Eltern!

Vielen Dank, dass Sie Ihr Kind zur Diagnostik und Behandlung bei uns im SPZ vorstellen. Wir bitten Sie, folgende Hinweise zu beachten und Ihre Kenntnisnahme unten per Unterschrift zu bestätigen:

2. Für die Behandlung Ihres Kindes ist **einmal im Quartal** ein Überweisungsschein des behandelnden Kinderarztes oder eines anderen Facharztes notwendig. Eine Behandlung ohne **Überweisungsschein** ist im SPZ nicht möglich.
3. Der Überweisungsschein **muss zum ersten Termin im Quartal mitgebracht werden**. Wenn bis zum Ende des Quartals keine Überweisung eingetroffen ist, müssen wir Ihnen die Behandlung in Rechnung stellen.
4. Bitte bringen Sie zu jedem Termin die **Versicherungskarte Ihres Kindes** mit.
5. Wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie, diese **schnellst möglich** abzusagen. Da eine Behandlung nur bei regelmäßig wahrgenommenen Terminen sinnvoll ist, kann mehrmaliges unentschuldigtes Fehlen zur Unterbrechung oder Beendigung der Behandlung führen.
6. Wenn Sie Folgerezepte oder -verordnungen benötigen, schreiben Sie uns mindestens mit einer Woche Vorlauf eine Email an dbz-rezepte.knk@vivantes.de. Die SPZ-Anmeldung ist Montag bis Donnerstag von 08.00 – 16.00 Uhr, Freitags von 08.00 – 15.00 Uhr besetzt.
7. Eine Behandlung in mehreren SPZs wird von den Krankenkassen nicht erstattet. Ebenso wird eine parallele Behandlung in einer Kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Klinikambulanz von den Krankenkassen nicht parallel finanziert.

Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie, dass Ihr Kind parallel zur Behandlung bei uns keine weitere SPZ-Behandlung oder kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erhält!

Name des Kindes: _____

Berlin, am _____

Unterschrift Sorgeberechtigte

Bitte lassen Sie diese Seite von Ihrem Kinder- oder Hausarzt ausfüllen und abstempeln. Sollte Ihnen auch eine Überweisung vorliegen, legen Sie diese bitte dem Anmeldebogen bei.

Ohne diese Angaben ist eine Anmeldung bei uns nicht möglich!

Kind:

Überweisender Kinderarzt:

Stempel des überweisenden Arztes

Verdachtsdiagnose/Fragestellung:

Befindet sich das Kind in Betreuung anderer SPZ/Kinder- und Jugendpsychiatrien? Wenn ja, welche Einrichtungen und wie lauten die Diagnosen? (Vorbefunde bitte in Kopie beilegen)

Welche Therapien, Behandlungen und/oder Fördermaßnahmen wurden bislang durchgeführt?

Physiotherapie

Logopädie

Ergotherapie

andere: _____

stationäre Rehabilitationen: _____

Wird eine heilpädagogische Frühförderung durchgeführt?

Ja

Nein

falls ja, welche Frühförderungsstelle? _____

Wurde in den letzten 12 Monaten eine Höruntersuchung durchgeführt?

Ja

Nein

Falls nein, bitten wir Sie diese zu Veranlassen, damit zum Erstvorstellungsgespräch ein aktueller Hörbefund vorliegt.

Ich bestätige die Ausstellung einer Überweisung zu den Quartalen in denen das Kind im DBZ Neukölln in Behandlung sein wird.

Stempel des überweisenden Arztes

Datum

Unterschrift Kinderarzt