

DBZ

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

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

Platz für ein aktuelles FOTO Ihres Kindes
(Falls zur Hand)

Größere Bilder bitte auf ein Extrablatt kleben!

Familienname: _____

Vorname: _____ weiblich männlich

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift: PLZ: _____ Ort: _____

für Berlin - Bezirk: _____ sonst. Bundesland: _____

Straße: _____

Telefon-Nummern, unter denen wir Sie erreichen können:

privat: _____ dienstlich: _____

Ihre **Email - Adresse:** _____

Wären Sie damit einverstanden, dass wir Ihnen 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:

	Mutter	Vater	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

Sorgerecht:

- Eltern Mutter Vater
 Andere: _____

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.:	____.____.____

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

Wer hat die Überweisung zu uns empfohlen?

- Kinderarzt Hausarzt anderer Arzt Therapeut/in
 Erzieher/in Kindergarten Lehrer/in Schule Erzieher/in Hort
 andere Eltern 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 dürfen.

Bitte unterschreiben Sie uns hierzu umseitige Einverständniserklärung.

DBZ

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

Klinikum Neukölln
Pavillon 4, Rudower Str. 48
12351 Berlin
Tel.: (030) 130 143700
(Montag bis Freitag
09.00 Uhr bis 12.00 Uhr)
Fax: (030) 130 144990

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

Name
des Kindes:

Geburts-
datum:

Sehr geehrte Damen und Herren,
uns wird/wurde obenstehender Patient vorgestellt.
Bitte übersenden Sie uns Ihre Untersuchungsbefunde.

Mit freundlichem Gruß

Anmeldung
DBZ

Einverständniserklärung:

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

(Ort/Datum)

(Unterschrift Erziehungsberechtigter)

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:

1. 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.
2. 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.
3. Bitte bringen Sie zu jedem Termin die **Versicherungskarte Ihres Kindes** mit.
4. 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.
5. Wenn Sie Folgerezepte oder -verordnungen benötigen, rufen Sie bitte ein bis zwei Tage vorher in unserer Anmeldung an, um unnötige Wartezeiten zu vermeiden. Die SPZ-Anmeldung ist Montag bis Freitag von 07.30 – 12.00 Uhr und 13.00 – 16.00 Uhr besetzt.
6. 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, sofern Sie noch keine Überweisung haben.

Liegt Ihnen bereits eine Überweisung vor, legen Sie diese dem Anmeldebogen bei. Dann entfällt das Ausfüllen dieser Seite.

Ohne diese Angaben ist eine Anmeldung bei uns nicht möglich!

Kind:

Überweisungsdiagnose:

Anliegen und Fragestellung zur Untersuchung:

Ich werde eine Überweisung ausstellen.

┌ Stempel des überweisenden Arztes ┐

└ ┘