



Deutsches Zentrum für Kinder- & Jugendrheumatologie  
Zentrum für Schmerztherapie junger Menschen  
Sozialpädiatrisches Zentrum  
Lehrkrankenhaus der LMU München

SPZ Garmisch-Partenkirchen, Gehfeldstr. 24, 82467 Garmisch-Partenkirchen

Prof. Dr. med. J.-P. Haas  
Ärztlicher Direktor

Dr. med. Thomas Wagner  
Ärztlicher Leiter SPZ

Telefon: 08821/701-1450  
Fax: 08821/701-9450  
E-Mail: [info@spz-gap.de](mailto:info@spz-gap.de)  
[www.spz-gap.de](http://www.spz-gap.de)

Liebe Eltern!

Sie möchten Ihr Kind in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum vorstellen.

Damit wir den oder die Untersuchungstermine genau auf die Fragestellung und Situation Ihres Kindes abstimmen können, ist es notwendig, dass Sie uns den beiliegenden Fragebogen sorgfältig ausfüllen, vom Kinderarzt freigeben lassen und per Post an folgende Adresse zurückschicken:

SPZ, Gehfeldstr. 24, 82467 Garmisch-Partenkirchen.

In eiligen Fällen können Sie die Anmeldung auch per Fax schicken: 08821/701-9450.

Wenn Ihr Kind bereits ambulant oder stationär untersucht worden ist, legen Sie bitte Kopien aller Ihnen vorliegenden Berichte bei. Dazu zählen auch Befunde von MRT, EEG, Therapieberichte von Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie, Schul- oder Kindergartenberichte, Ergebnisse von Testuntersuchungen, psychologische, kinderpsychiatrische oder sonderpädagogische Gutachten usw.. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihre Anfrage erst nach Vorlage der Unterlagen bearbeiten können.

Nach Eingang der Unterlagen werden diese von einem unserer Oberärzte geprüft und die Untersuchungstermine geplant. Sie erhalten telefonische oder schriftliche Mitteilung über den oder die Untersuchungstermine.

Bitte sprechen Sie Ihr Anliegen vorher mit Ihrem Kinderarzt ab. Der Kinderarzt kann Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens behilflich sein.

Mit freundlichen Grüßen

**Prof. J.-P. Haas**

Geschäftsführender  
Ärztlicher Direktor

**Dr. Th. Wagner**

Ärztlicher Leiter SPZ

**Checkliste zum Mitbringen**

- Überweisungsschein
- gelbes Heft
- Impfpass
- Versichertenkarte
- ausstehende Befunde
- 

Zur Vorstellung in unserem SPZ benötigen wir unbedingt einen aktuellen Überweisungsschein Ihres Kinder- und Jugendarztes, Neurologen oder Kinder- und Jugendpsychiaters sowie die Versicherungskarte. Bitte halten Sie zusätzlich das gelbe Untersuchungsheft, Impfpass und bei Schulschwierigkeiten auch Schulhefte, Klassenarbeiten und Zeugnisse bereit.

Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen  
gemeinnützige GmbH, Gehfeldstr. 24  
82467 Garmisch-Partenkirchen  
Tel.: 08821-701-0  
Fax: 08821-73916  
[info@rheuma-kinderklinik.de](mailto:info@rheuma-kinderklinik.de)

Sitz: Garmisch-Partenkirchen, HRB 196005  
Geschäftsführender Ärztlicher Direktor:  
Prof. Dr. Johannes-Peter Haas  
Geschäftsführer:  
Dipl. oec. univ. Clemens Stafflinger  
IK 260911331, KeZ 18002

Kreissparkasse Garmisch-Partenkirchen  
Konto 2345 (BLZ 703 500 00)  
IBAN: DE25 7035 0000 0000 0023 45  
SWIFT-BIC: BYLADEM1GAP  
Steuernummer.: 119/130/40181  
USt-IdNr.: DE236963568

## ANMELDUNG SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM (SPZ)

Im folgenden Fragebogen haben wir Angaben zum Vorstellungsgrund, Entwicklung, zum Verhalten und zur allgemeinen Lebenssituation Ihres Kindes zusammengestellt, die für die Vorstellung in unserem SPZ wichtig sind. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie möglichst vollständig und ausführlich, sodass wir uns auf das Gespräch gut vorbereiten können. Bitte besprechen Sie die Anmeldung mit dem betreuenden Kinderarzt und senden uns den Bogen mit Signatur bzw. Praxisstempel zu.

Bitte SPZ-Bericht an  Überweiser  Hausarzt  Patientenadresse  \_\_\_\_\_  
Bogen ausgefüllt durch  Mutter  Vater  dritte Person: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|               |   |
|---------------|---|
| Patient/in    | Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Familienname: | PLZ/Wohnort:  |
| Vorname:      | Straße:   |
| Geburtsdatum: | Telefon/Handy:  |

|   |                   |
|---|-------------------|
| Mutter  | Ausbildung:       |
| Familienname:                                     | Ausgeübter Beruf: |
| Vorname:  |                   |
| Geburtsdatum:                                     |                   |
| Adresse: (falls abweichend von der des Patienten) |                   |
| PLZ/Ort:  | Straße:           |
| Telefon:  | Handy:            |

|   |                   |
|---|-------------------|
| Vater   | Ausbildung:       |
| Familienname:                                     | Ausgeübter Beruf: |
| Vorname:  |                   |
| Geburtsdatum:                                     |                   |
| Adresse: (falls abweichend von der des Patienten) |                   |
| PLZ/Ort:  | Straße:           |
| Telefon:  | Handy:            |

Familiensituation

gemeinsames Sorgerecht der Eltern bzw. alleiniges Sorgerecht bei  Mutter  Vater  
Eltern  zusammen lebend  getrennt oder geschieden  
Kind wohnhaft bei  Eltern  Mutter  Vater  Adoptiveltern  Pflegeeltern  Andere  
 miterziehende/r Lebenspartner/In: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung bzw. Kostenträger

Name und Anschrift:

Hauptversicherter:

Geburtsdatum:

Haben Sie ihr Kind in der Vergangenheit bereits in unserem SPZ vorgestellt?  ja  nein

Fragestellung des überweisenden Kinderarztes:

Stempel / Unterschrift überweisender Kinderarzt

Grund der Vorstellung (möglichst genaue Beschreibung der Beschwerden und Diagnosen)

Anstoß zur Vorstellung durch: \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Problematik im Verlauf  gleich bleibend  zunehmend  wechselnd

Welche Erwartungen haben Sie an die Vorstellung?

Weitere mit Ihrem Kind befasste Fachleute/Einrichtungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frühere Kontakte zu einem SPZ oder einer Frühförderstelle

Wurde Ihr Kind bereits in einem SPZ oder einer Frühförderstelle vorgestellt?  nein,  
wenn ja:  SPZ Garmisch Partenkirchen  Andere: \_\_\_\_\_

Bei Wiedervorstellung: zuvor betreuender Arzt/Psychologe: \_\_\_\_\_

Frühere Untersuchungen oder Behandlungen in anderen Einrichtungen

Wurde Ihr Kind wegen dieser oder anderer Probleme schon in anderen Einrichtungen untersucht und/oder behandelt? Wenn ja, geben Sie bitte die Einrichtung, den Untersuchungszeitraum und den Anlass der Untersuchung an.

Name und Adresse der Klinik, des Arztes, des Therapeuten

Zeitraum der Behandlung

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

**Bitte legen Sie entsprechende Arztbriefe, Therapeutenberichte etc. bei und fordern Sie fehlende Dokumente an!**

Diagnostik

Es wurde bereits entsprechende Diagnostik durchgeführt:

EEG  MRT  Labordiagnostik

Wurde Ihr Kind kürzlich bei Augenarzt  Nein  Ja

oder HNO-Arzt vorgestellt:  Nein  Ja

Förderung oder Therapie

Erhielt Ihr Kind bereits spezifische Förderung oder Therapie?

Physiotherapie  Frühförderung  Ergotherapie  Logopädie  Heilpädagogik

|                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| Name und Adresse des Therapeuten | Zeitraum der Behandlung |
|                                  |                         |
|                                  |                         |
|                                  |                         |

| Krankheiten / Beeinträchtigungen des Kindes |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bestehen Beeinträchtigungen?                | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Erhält Ihr Kind Pflegegeld?                 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sind Hilfsmittel vorhanden?                 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Wird Ihre Familie vom Jugendamt betreut?    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Erläuterung: _____                          |                               |                             |

| Geschwister im SPZ  |                             |
|---|-----------------------------|
| Wurde(n) ein oder mehrere Geschwisterkind(er) schon einmal im SPZ untersucht? |                             |
| <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn ja:  | Name: _____ geb. am: _____  |
|   | Name: _____ geb. am: _____  |
|   | Name: _____ geb. am: _____  |

### Entwicklungsstand

Wie schätzen Sie den Entwicklungsstand Ihres Kindes in den folgenden Bereichen ein?

Körpermotorik (z.B. Geschicklichkeit beim Laufen, Klettern, Schwimmen, Fahrradfahren)

Stärke                       Durchschnitt                       Schwäche

Handmotorik und Koordination (z.B. Malen, Spielen, Basteln, Puzzeln, Schneiden)

Stärke                       Durchschnitt                       Schwäche

Sprache (z.B. Aussprache, Wortschatz, Grammatik, Erzählinhalt)

Stärke                       Durchschnitt                       Schwäche

Selbstständigkeit (z.B. An- und Ausziehen, Essen, Waschen, Ausführen kleiner Aufträge)

Stärke                       Durchschnitt                       Schwäche

Umgang mit anderen Kindern

Stärke                       Durchschnitt                       Schwäche

### Bewegung und Koordination

Bestehen oder bestanden Probleme mit:

Gleichgewicht     Schere und Stifthaltung     Knöpfen, Schnürsenkeln, Schraubverschlüssen  
 sonstige Auffälligkeiten der Motorik

Erläuterung: \_\_\_\_\_

### Sprache

Werden Probleme berichtet bei:     Aussprache     Sprachverständnis     Grammatik     Hören

Wächst ihr Kind mehrsprachig auf?                       Nein                       Ja

Welche Sprache(n) werden in ihrem Haushalt gesprochen: \_\_\_\_\_

Erläuterung: \_\_\_\_\_

### Zeigt Ihr Kind auffällige Verhaltensweisen?

depressive Verstimmungen und Rückzug                       Konzentrationsprobleme  
 übermäßige Ängstlichkeit                       aggressives Verhalten  
 starker Trotz, Probleme im Einhalten von Regeln     starke motorische Unruhe

psychische Belastungen in der Schule oder im Familienkreis  
 häufige Streitereien oder Mobbing im Umgang mit anderen Kindern

Erläuterung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Selbstständigkeit

Die Sauberkeitserziehung ist abgeschlossen?                       Nein                       Ja                       erneutes Einnässen

Bestehen Ein- oder Durchschlafprobleme?                       Nein                       Ja

Ist ihr Kind im Alltag selbstständig?                       Nein                       Ja

Hobbies und Interessen:

---

---

---

Sport:

---

---

---

Freizeitaktivitäten und Freundeskreis:

---

---

---

Konflikte mit Gleichaltrigen, Probleme innerhalb der Familie:

---

---

---

Lebensereignisse

Belastende Veränderungen für das Kind, z.B. Trennungen, Umzüge, Verluste von Angehörigen

---

---

---

| Verlauf der Entwicklung                                 |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Auffällige motorische Entwicklung                       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Auffällige sprachliche Entwicklung                      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Auffälligkeiten beim Füttern, Saugen o. Schlucken       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Erläuterung: _____                                      |                               |                             |
| Alter beim Erreichen von Meilensteinen der Entwicklung: |                               |                             |
| Drehen von Rücken in Bauchlage:                         |                               |                             |
| Krabbeln:   |                               |                             |
| Freies Laufen:  |                               |                             |
| Fahrradfahren:  |                               |                             |
| Erste sinnvolle Worte:                                  |                               |                             |
| Zweiwortsätze:  |                               |                             |
| Mehrwortsätze:  |                               |                             |

| Schule  |   |
|---|---|
| Welche Schule besucht Ihr Kind? _____   | Welche Klasse? _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Andere |   |
| In welchen Fächern ist er/sie besonders gut? _____  |   |
| In welchen Fächern tut er/sie sich schwer? _____  |   |
| Fehlte Ihr Kind häufiger in der Schule?   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Gibt es Probleme mit Mitschülern oder Lehrern?  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Erläuterung: _____  |   |
| <b>Bei Fragestellungen die Aufmerksamkeit, Verhalten oder Leistungen in Schule oder Kindergarten betreffen benötigen wir Einschätzungen von Lehrern oder Erziehern!</b>   |   |

| Kindergarten                                    |                  |
|---|------------------|
| Welchen Kindergarten besucht(e) ihr Kind? _____ | Seit wann? _____ |

| Schwangerschaft /Geburt  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) wurde Ihr Kind geboren? _____ |                               |                             |
| Gab es während der Schwangerschaft Komplikationen?                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn ja, welche?   |                               |                             |
| Gab es bei oder unmittelbar nach der Geburt Komplikationen?          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn ja, welche?   |                               |                             |
| Gab es Probleme schwanger zu werden?                                 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

| Krankheiten / Behinderungen in der Familie                     |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Gibt es Erkrankungen bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Erläuterung: _____   |                               |                             |
| _____  |                               |                             |

| Geschwister/Halbgeschwister des/der Patient/in |   |       |                                |
|--|---|-------|--------------------------------|
| Vorname  | Geschlecht  | Alter | Erkrankungen / Auffälligkeiten |
| _____  | <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. | _____ | _____                          |
| _____  | <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. | _____ | _____                          |
| _____  | <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. | _____ | _____                          |
| Raum für ergänzende Angaben                    |   |       |                                |
|  |   |       |                                |

