



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

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

Dr. med. F. Richter  
Ärztliche Leiterin SPZ

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

[www.spz-gap.de](http://www.spz-gap.de)

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum vorstellen. Im Folgenden möchten wir Ihnen die Anmeldungsschritte erklären. Bitte beachten Sie, dass eine Terminvereinbarung erst dann erfolgen kann, wenn alle Unterlagen vorliegen:

**Schritt 1:** Bitte füllen Sie den nachfolgenden **Anmeldebogen** aus und unterschreiben Sie diesen, sowie die Personensorgerechtsklärung. **Alle** Sorgeberechtigten müssen diese unterschreiben.

**Schritt 2:** Bitte legen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen in Ihrer Kinderarztpraxis vor, damit diese ihre Zustimmung zur Behandlung im SPZ geben und einen **Überweisungsschein** ausstellen kann.

**Schritt 3:** Wenn sich Ihr Kind bereits in ärztlicher oder psychologischer Diagnostik oder Behandlung befindet oder eine Therapie erfolgt (Frühförderung, ambulante Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie), fordern Sie diese **Vorbefunde** bitte bereits vor Terminvereinbarung an.

**Schritt 4:** Bitte schicken Sie den von der Kinderarztpraxis abgestempelten Fragebogen, sowie den Überweisungsschein samt Vorbefunden an uns:

SPZ, Gehfeldstr. 24, 82467 Garmisch-Partenkirchen oder per Fax an 08821/701-9450 oder über unsere Cloud: <https://cloud.dzkjr.de/s/crjaSiRqE542Zrb> (Dokumente bitte im Ordner „Anmeldung SPZ“ ablegen; Ordnerinhalt kann nicht eingesehen werden)

Falls Sie uns die Unterlagen per Fax oder über unsere Cloud übermitteln, bringen Sie bitte zum Termin den Überweisungsschein im Original mit.

Nach Eingang der Unterlagen werden diese geprüft und der erste Untersuchungstermin geplant. Hierfür werden wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

**Prof. J.-P. Haas**  
Geschäftsführender  
Ärztlicher Direktor

**Dr. F. Richter**  
Ärztliche Leiterin SPZ

**Checkliste zum Mitbringen**

- Versichertenkarte
- SPZ-Überweisungsschein im Original (falls vorab per Fax oder über die Cloud übermittelt)
- gelbes Heft
- Impfpass



## ANMELDEBOGEN 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.

Patient/in Geschlecht:  weiblich  männlich  
Familiennamen: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_

### Mutter

Familiennamen: \_\_\_\_\_ Ausbildung: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsland: \_\_\_\_\_  
Adresse: (falls abweichend von der Adresse des Patienten/ der Patientin)  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Vater

Familiennamen: \_\_\_\_\_ Ausbildung: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsland: \_\_\_\_\_  
Adresse: (falls abweichend von der Adresse des Patienten/der Patientin)  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Familiensituation

gemeinsames Sorgerecht der Eltern bzw. alleiniges Sorgerecht bei  Mutter  Vater  
Eltern  zusammenlebend  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**

**Warum möchten Sie Ihr Kind im SPZ Garmisch-Partenkirchen vorstellen?**

Anstoß zur Vorstellung durch: \_\_\_\_\_  
Seit wann bestehen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

**Welche Erwartungen haben Sie an die Vorstellung?**

**Frühere Untersuchungen oder Behandlungen in anderen Einrichtungen (SPZ, Klinik, Praxis usw.)**  
Wurde Ihr Kind wegen dieser oder anderer Probleme schon in anderen Einrichtungen untersucht und/oder behandelt? Wenn ja, geben Sie bitte die Einrichtung, den Anlass der Behandlung und den Untersuchungszeitraum an.

Name und Adresse Einrichtung, Ärzte

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

Anlass und Zeitraum der Behandlung

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

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



### 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

Anlass und Zeitraum der Behandlung

---

---

---

---

---

---

### Weitere Informationen:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?

Nein

Ja

Erhält Ihr Kind Pflegegeld?

Nein

Ja

Sind Hilfsmittel vorhanden?

Nein

Ja

Wird Ihre Familie vom Jugendamt betreut?

Nein

Ja

Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten?

---

### 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

Selbständigkeit (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 Sauberkeitsentwicklung ist abgeschlossen?  Nein  Ja  erneutes Einnässen

Bestehen Ein- oder Durchschlafprobleme?  Nein  Ja

Ist ihr Kind im Alltag selbstständig?  Nein  Ja

### Hobbies, Sport, Freundeskreis und Interessen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Umgang mit Medien (Handy, PC, Tablet, Fernseher):

Tägliche Bildschirmzeit:

Welche Medien/welche Computerspiele etc:

### 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  Nein  Ja  
Auffällige sprachliche Entwicklung  Nein  Ja  
Auffälligkeiten beim Füttern, Saugen o. Schlucken  Nein  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? \_\_\_\_\_

Grundschule  Mittelschule  Realschule  Gymnasium  Förderschule  Andere

In welchen Fächern ist er/sie besonders gut? \_\_\_\_\_

In welchen Fächern tut er/sie sich schwer? \_\_\_\_\_

Fehlte Ihr Kind häufiger in der Schule?  Nein  Ja

Gibt es Probleme mit Mitschülern oder Lehrern?  Nein  Ja

Erläuterung: \_\_\_\_\_

**Bei Fragestellungen die Aufmerksamkeit, Verhalten oder Leistungen in Schule oder Kindergarten betreffen benötigen wir Einschätzungen von Lehrern oder Erziehern!**

### Kindergarten

Welchen Kindergarten besucht(e) ihr Kind? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft /Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) wurde Ihr Kind geboren? \_\_\_\_\_

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_

Gab es Probleme schwanger zu werden?  Nein  Ja

### Krankheiten / Behinderungen in der Familie

Gibt es Erkrankungen bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern?  Nein  Ja

Erläuterung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Geschwister/Halbgeschwister des/der Patient/in**

Vorname	Geschlecht	Alter	bei uns im SPZ bekannt?
_____	<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**



## Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten

Liebe Eltern,

vielen Dank für die Anmeldung Ihres Kindes im SPZ Garmisch-Partenkirchen.

Für die Behandlung Ihres Kindes im SPZ benötigen wir das Einverständnis aller Personensorgeberechtigten. Die Durchführung der medizinisch-psychologischen Untersuchung bzw. Therapie erfolgt freiwillig. Diese Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen. Eine Behandlung im SPZ ist in diesem Fall jedoch dann nicht mehr möglich.

*Personenbezogene Daten werden entsprechend des Dokuments „Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich“ auf der Grundlage der Art. 11 ff. DS-EKD verarbeitet. Diese Information liegt im Empfangsbereich aus. Ein Exemplar kann Ihnen auf Wunsch ausgegeben werden.*

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr SPZ Team

### Einverständniserklärung

Name Ihres Kindes: \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

ICH als alleinige Personensorgeberechtigte/r bin mit der medizinisch-psychologischen Untersuchung bzw. Therapie meines Kindes im SPZ einverstanden

Datum: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

WIR als gemeinsame Personensorgeberechtigte sind mit der medizinisch-psychologischen Untersuchung bzw. Therapie meines Kindes im SPZ einverstanden

Datum \_\_\_\_\_

Name 1. Sorgeberechtigte/r \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Name 2. Sorgeberechtigte/r \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



## DATENSCHUTZERKLÄRUNG SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM (SPZ) UND RHEUMA-AMBULANZ

Bitte Bericht senden an:

- Überweiser  
 Hausarzt  
 Patientenadresse  
 Therapeut  
 Heilpädagogische Tagesstätte/Kindergarten/Schule \_\_\_\_\_  
 Geburtsklinik / Kinderklinik \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Name der Kinderarztpraxis:


Wir stimmen einem weiteren Austausch mit folgenden Ärzten oder anderen Stellen zu:

- Überweiser  
 Hausarzt  
 Therapeut  
 Erzieher/Lehrer

Die hier aufgeführten Ärzte, Therapeuten, Einrichtungen oder sonstige Personen entbinde(n) ich/wir von ihrer vertraglichen und gesetzlichen Schweigepflicht. Wenn nicht ausdrücklich anders vermerkt, erfolgt die Entbindung auch für die Mitarbeiter des SPZ gegenüber den aufgeführten Stellen und betrifft den gesamten Austausch, der für den Behandlungsauftrag des SPZ relevant ist.

Einschränkungen: \_\_\_\_\_

Der Anmeldebogen wurde ausgefüllt durch:

- Mutter  
 Vater  
 dritte Person: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Name 1. Sorgeberechtigte/r \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Name 2. Sorgeberechtigte/r \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_