



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

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 _____

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 _____