

Ihre Anschrift:

**Sozialpädiatrisches Zentrum
der Kinderklinik**

Bismarckstr. 23
87700 Memmingen
SPZ-Sekretariat
Telefon: 08331/70-2500



Liebe Eltern,

Sie haben sich wegen Ihres Kindes an uns gewandt.
Wir möchten Ihnen gerne bei den anstehenden Fragen und Problemen helfen.

Wir dürfen nur auf **Überweisung** durch **Vertragsärzte und in MVZ tätige Ärzte sowie durch den ermächtigten Chefarzt der Kinderklinik des Klinikums Memmingen** tätig werden. Klären Sie deshalb zunächst mit Ihrem überweisenden Arzt, ob eine Untersuchung von unserer Seite erforderlich ist und gewünscht wird.

Wichtig für privat Versicherte: Unsere interdisziplinären Leistungen stellen wir Ihnen als Quartalspauschale von derzeit 612 € in Rechnung. Klären Sie bitte vor Behandlungsbeginn die Kostenübernahme durch Ihre private Krankenversicherung, sofern Sie beihilfeberechtigt sind, auch mit Ihrer Beihilfestelle. Sie sollten die Beihilfe darauf hinweisen, dass die PKV nach Zustimmung, sowie die GKV unsere Leistungen mit einer Quartalspauschale vergütet und wir keine Rechnung auf Grundlage der GOÄ stellen.

In diesem Fall bitten wir Sie, den beigefügten **Anamnesebogen** soweit wie möglich selbst auszufüllen und an uns zurückzusenden. Geben Sie bitte den zweiten „**Fragebogen für den überweisenden Vertragsarzt**“ an Ihren Überweiser weiter, der ihn dann direkt an uns senden sollte.

Diese Fragebögen helfen uns, Ihr Kind von Beginn an gezielt zu betreuen.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Als Erstes wird dann ein Termin für eine kinderärztliche, entwicklungsneurologische Untersuchung vereinbart. Dabei wird entschieden, welche weiteren Untersuchungen bei Ihrem Kind notwendig sind und ob Ihr Kind bei einem weiteren Mitarbeiter des SPZ, z. B. Therapeuten oder Psychologen, vorgestellt werden muss.

Gelegentlich wird von uns als Zusatzuntersuchung die Ableitung eines EEG's (Hirnstromkurve) vor oder nach der entwicklungsneurologischen Untersuchung vorgeschlagen.

Haben Sie bitte Verständnis dafür,

- wenn nicht alle vorgesehenen Untersuchungen auf einen Termin gelegt werden können und
- wenn in einigen Bereichen aufgrund der Vielzahl der Anfragen Wartefristen bestehen.

Zur entwicklungsneurologischen Untersuchung werden wir Sie in einigen Wochen **schriftlich** einladen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. R. Meisen



Liebe Eltern,

besten Dank für die Anmeldung Ihres Kindes zu einer medizinisch-psychologischen Untersuchung bzw. zu einer Therapie hier im Sozialpädiatrischen Zentrum. Für eine Untersuchung bzw. Therapie im SPZ benötigen wir das Einverständnis der Personensorgeberechtigten.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ihr SPZ Team

Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten zu Untersuchung/Therapie

Mit meiner Unterschrift erkläre ich/mit unseren Unterschriften erklären wir,

Name des Kindes _____ geb. am _____

Anschrift: _____

Name der Eltern/Sorgeberechtigten/gesetzl. Vertreter (zutreffendes unterstreichen):

Ggf. abweichende Anschrift:

- ☐ alleine personensorgeberechtigt zu sein
☐ gemeinsam personensorgeberechtigt zu sein
☐ eine Pflegschaft oder Betreuung besteht bzw. ist beantragt

Hiermit gebe ich/geben wir als Personensorgeberechtigte/r mein/unser Einverständnis zu der anstehenden medizinisch-psychologischen Untersuchung bzw. Therapie im SPZ.

Mir/ Uns ist bekannt, dass diese Einverständniserklärung freiwillig abgegeben wird und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum _____ Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

Bei gemeinsamer Personensorgeberechtigung sind für eine Behandlung beide Unterschriften zwingend nötig.

Anamnesebogen



Vorzustellendes Kind

Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Anschrift _____

Festnetz _____ Handy _____

Krankenkasse mit Ort _____

Geschlecht weiblich ☐ männlich ☐ sonstige ☐

Das Kind ist mein leibliches Kind ☐ Pflegekind ☐

Stiefkind ☐ Adoptivkind ☐

Hatten Sie bereits telefonischen/persönlichen Kontakt zu einem Mitarbeiter des SPZ? Wenn ja, zu wem und wann _____

Wer ist sorgeberechtigt? _____

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Untersuchung und Behandlung bei uns einverstanden?

☐ ja ☐ nein

		Mutter	Vater	Andere/Pflegeeltern etc.
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Anschrift				
Familienstand				
Telefon				
Körpergröße/Kopfumfang				
freiwillig	Schulabschluss			
	Berufsausbildung			
	Berufstätigkeit			
	Hobbys			

Geschwister

Führen Sie bitte **alle** Kinder in der Reihenfolge der Geburten an (inklusive Fehlgeburten).

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule/Beruf	Erkrankungen/Frühgeburt

Grund der Vorstellung

- | | |
|--|--|
| ☐ Motorische Entwicklung | ☐ Wachstum und Körperbau |
| ☐ Intelligenzentwicklung | ☐ Sprachentwicklung |
| ☐ Hören | ☐ Sehen |
| ☐ Ernährung | ☐ Verhalten |
| ☐ Erziehung | ☐ Schulische Leistungen |

Sonstiges: _____

Können Sie die Probleme genauer beschreiben?

Welches sind Ihre Fragestellungen und Erwartungen an unsere Untersuchung?

Welche Ursachen haben Ihrer Meinung nach die Schwierigkeiten im Wesentlichen hervorgerufen?

Angaben zur Schwangerschaft

Infektionen	Ja ☐	Nein ☐
Wiederholte Blutungen	Ja ☐	Nein ☐
Vorzeitige Wehen	Ja ☐	Nein ☐
Übermäßige Übelkeit / Erbrechen	Ja ☐	Nein ☐
Medikamente	Ja ☐	Nein ☐
Alkoholkonsum/Drogen	Ja ☐	Nein ☐ Wie viel? _____
Rauchen	Ja ☐	Nein ☐ Wie viel? _____
Seelische Belastungen der Mutter	Ja ☐	Nein ☐
Wenn Ja, welche?	_____	

Sonstige Belastungen/Erkrankungen _____

Angaben zur Geburt

Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche Geburtsklinik _____

Geburtsgewicht _____

Geburtslänge _____

Kopfumfang _____

Zwillings-, Mehrlingsgeburt? Ja ☐ Nein ☐

Gab es Komplikationen während oder nach der Geburt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Meilensteine der Entwicklung

Wann lernte das Kind:

- | | | | |
|--|-----------|-----------|---------|
| • Den Kopf zu halten | mit _____ | Monaten | |
| • Nach Gegenständen zu greifen | mit _____ | Monaten | |
| • Freies Sitzen | mit _____ | Monaten | |
| • Stehen mit Festhalten | mit _____ | Monaten | |
| • Freies Gehen | mit _____ | Monaten | |
| • Erste Worte zu sprechen | mit _____ | Monaten | |
| • Sprechen kleiner Sätze | mit _____ | Monaten | |
| • Sauberkeit beim Wasserlassen bei Tag | mit _____ | Monaten | |
| | bei Nacht | mit _____ | Monaten |
| • Sauberkeit beim Stuhlgang | mit _____ | Monaten | |

Besuch von Kindergarten/Schule

Besuch des Kindergartens von _____ bis _____

Name des Kindergartens _____

Probleme im Kindergarten?

Besuch der Schule seit _____ Aktuelle Schulart _____ Klasse _____

Name der Schule _____

Probleme beim Besuch der Schule?

Freizeit

Hat Ihr Kind Hobbys? Trifft es sich in seiner Freizeit mit Freunden? Was spielt Ihr Kind gerne?

Krankengeschichte

Gab es Krebserkrankungen oder chronische Erkrankungen in der Familie?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche und bei wem? _____

Hatte Ihr Kind in der Vorgeschichte schwere Erkrankungen, Operationen oder Unfälle?

Ja ☐ Nein ☐

Gab es in der Familie einschneidende Erlebnisse (z. B. Todesfälle, Trennung usw.)?

Welche **Impfungen** hat Ihr Kind erhalten?

Welche **Medikamente** bekommt das Kind? _____ Dosierung _____

_____ Dosierung _____

_____ Dosierung _____

Kommentar: _____

Bisherige Untersuchungen:

☐ Sehtest: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____
☐ Hörtest: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____
☐ MRT Schädel: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____
☐ EEG: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____
☐ Sonstiges: Wann? _____ Wo? _____ Befund: _____

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

☐ Nein ☐ Ja GdB: _____ Merkzeichen: _____

Erhalten Sie Pflegegeld:

☐ Nein ☐ Ja Pflegegrad: _____

Da häufig auch Kontakte zu anderen Ärzten notwendig werden, bei denen Ihr Kind in Behandlung ist oder war, bitten wir Sie um genaue Angaben der entsprechenden Namen und falls vorhanden, Kopien von Berichten beizulegen.

Mein Kind ist / war in Behandlung bei (inkl. zuweisendem Kinderarzt):

Name	Telefon	Behandlungszeitraum
Name	Telefon	Behandlungszeitraum
Name	Telefon	Behandlungszeitraum

Bekommt oder bekam Ihr Kind **Therapien/Behandlungen**?

	Zeitraum	Bei wem?
Ergotherapie		
Physiotherapie		
Logopädie		
Heilpädagogik/Frühförderung		
Psychotherapie		
Sonstige		

In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt?

Anschrift der Klinik	von - bis	Wegen welcher Erkrankung?

Platz für Dinge, die Ihnen zudem noch als erwähnenswert erscheinen:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von _____

Ort, Datum und Unterschrift aller Erziehungsberechtigten _____

Vielen Dank für das ausführliche Beantworten der Fragen!

Ihr Team vom SPZ Memmingen

An den
überweisenden Vertragsarzt

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

entweder Sie selbst oder die Eltern des Kindes sind an uns bezüglich einer Vorstellung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) herangetreten. Vorweg möchten wir Ihnen für die Überweisung dieses Patienten und das in uns gesetzte Vertrauen danken.

Als erster diagnostischer Schritt ist eine kinderärztliche, entwicklungsneurologische Untersuchung in unserem SPZ geplant. Um diese Untersuchung möglichst effektiv durchführen zu können sind wir auf Ihre Informationen angewiesen. Wir möchten Sie daher bitten die folgenden Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen entweder den Eltern mitzugeben oder ihn direkt an uns zu senden.

Ein Überweisungsschein ist dann erst zum ersten Untersuchungstermin erforderlich (dieser könnte auch im nächsten Quartal liegen).

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
Wegen welcher Probleme soll das Kind im SPZ vorgestellt werden?	
Seit wann sind diese Probleme bekannt?	
Welche <u>diagnostischen</u> Schritte wurden bisher deshalb unternommen, wo und mit welchem Ergebnis? (falls vorhanden Kopien beifügen)	
Welche <u>Therapien</u> hat das Kind?	
Seit wann ist das Kind in Ihrer Behandlung?	
Welche <u>anderweitigen</u> Erkrankungen/Probleme sind bei dem Kind bekannt?	
Sind bei dem Kind multiresistente Erreger aufgetreten? Wenn ja, welche?	
Sonstige Informationen oder Anliegen:	

Unterschrift überweisender Arzt/Stempel

Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Wir werden den Eltern demnächst den Termin zur entwicklungsneurologischen Untersuchung mitteilen. Ein ausführlicher Bericht hierüber wird Ihnen dann in der Folge zugehen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. R. Meisen