



## KINDERKLINIK

Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin

### Chefarzt

*Prof. Dr. med. David Frommhold*

## Sozialpädiatrisches Zentrum

### Ärztliche Leiterin

Fr. Dr. Andrea Kresz

Telefon: 0 83 31 · 70-2500  
Telefax: 0 83 31 · 70-2335  
E-Mail: spz@klinikum-memmingen.de

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Sie haben sich wegen Ihres Kindes an uns gewandt. Wir möchten Ihnen gerne bei den anstehenden Fragen und Problemen helfen. Ein **Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)** ist eine interdisziplinär arbeitende Einrichtung zur ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Inhaltlicher Schwerpunkt sind Krankheiten, die Entwicklungsstörungen, Behinderungen, Verhaltensauffälligkeiten oder seelische Störungen mit sich bringen oder bringen können. Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht das Kind und seine Familie bzw. sein Umfeld.

#### **Anmeldung für gesetzlich Versicherte:**

Die Behandlung erfolgt auf Überweisung von Ärzten/Ärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin, Ärzten/Ärztinnen für Neurologie und Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

**Klären Sie deshalb vorher mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin, ob eine Vorstellung in unserem SPZ erforderlich ist.**

#### **Anmeldung für privat Versicherte:**

Unser SPZ rechnet, wie die Mehrheit der sozialpädiatrischen Zentren, seine Leistungen über eine Quartalspauschale ab. Wir stellen keine Leistungen nach GOÄ in Rechnung. Die Pauschale ist für privat, wie auch für gesetzlich Versicherte dieselbe.

Bitte klären sie im Vorfeld mit Ihrer Krankenversicherung und ggf. Beihilfe die Kostenübernahme ab.

**Für alle:** Füllen Sie bitte die Anmelde-Unterlagen so weit wie möglich aus und senden sie an uns zurück. Geben Sie bitte den „**Fragebogen an den überweisenden Vertragsarzt**“ an den Arzt/die Ärztin Ihres Kindes 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.

Wenn Ihre Unterlagen bei uns eingegangen sind, steht Ihr Kind auf unserer Warteliste. Sobald ein Platz frei ist, wird Ihnen von unserem Sekretariat ein Termin für eine **Erstuntersuchung** bei einem unserer Ärzte/Ärztinnen mitgeteilt. Dabei wird entschieden, welche weiteren Untersuchungen bei Ihrem Kind notwendig sind und ob es bei einem weiteren Mitarbeiter/einer weiteren Mitarbeiterin des SPZ vorgestellt werden sollte.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr SPZ-Team

# Anmeldebogen 0 - 3 Jahre

## Vorzustellendes Kind

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Email-Kontakt \_\_\_\_\_

Krankenkasse mit Ort \_\_\_\_\_

Geschlecht weiblich  männlich  divers

Das Kind ist mein leibliches Kind  Pflegekind

Stiefkind  Adoptivkind

Wer ist sorgeberechtigt? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal im SPZ? Wenn ja, wann und bei wem?

\_\_\_\_\_

Bitte weiter mit Seite 2

\_\_\_\_\_

SPZ-interne Vermerke	
<b>Eingangsstempel</b>	<b>Anmeldeunterlagen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> vollständig</li> <li><input type="radio"/> Kinderärztlicher Fragebogen fehlt</li> <li><input type="radio"/> Sonstiges</li> </ul>
<b>Geplanter Termin:</b>	bei:    Arzt/Ärztin  bei:    Psychologe/Psychologin

## Grund der Vorstellung

Schildern Sie hier bitte möglichst ausführlich, weshalb Sie Ihr Kind bei uns anmelden.

---

---

---

---

---

---

---

---

Welches sind Ihre Fragestellungen und Erwartungen an unsere Untersuchung?

---

---

---

---

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

---

---

---

---

## Angaben zur Familie

### Eltern

	Mutter	Vater	Andere/Pflegeeltern etc.
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Anschrift			
Familienstand			
Beruf			
Telefon			

## Geschwister

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

Name, Vorname                      Geburtsdatum                      Schule/Beruf                      Erkrankungen/Frühgeburt

---

---

---

---

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

---

---

## Angaben zur Schwangerschaft

War die Schwangerschaft geplant?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	
War die Schwangerschaft erwünscht?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	
Fand künstliche Befruchtung statt?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	
Infektionen	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	
Wiederholte Blutungen	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	
Vorzeitige Wehen	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	
Übermäßige Übelkeit / Erbrechen	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	
Medikamente	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	
Alkoholkonsum/Drogen	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	Wieviel? _____
Rauchen	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	Wieviel? _____
Körperliche Erkrankung der Mutter	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	

Welche? \_\_\_\_\_

Seelische Belastungen der Mutter                      ja                                            nein                     

Welche? \_\_\_\_\_

## Angaben zur Geburt

Geburt in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche                      Geburtsklinik: \_\_\_\_\_

bei Frühgeborenen errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_

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

Geburtslänge: \_\_\_\_\_

Kopfumfang: \_\_\_\_\_

Zwillings-/ Mehrlingsgeburt? ja  nein

Komplikationen während/nach der Geburt? ja  nein

Entbindung mit Saugglocke? ja  nein

Entbindung per Kaiserschnitt? ja  nein

War eine Verlegung Ihres Kindes in die Kinderklinik nötig? ja  nein

### Angaben zu den ersten drei Lebensmonaten

Die Neugeborenenzeit war normal  schwierig

War Ihr Kind sehr ruhig  normal  sehr unruhig

Wie viel hat Ihr Kind geschrien? wenig  normal  viel

Wie viel hat es geschlafen? viel  normal  wenig

War Ihr Kind leicht zu beruhigen? ja  nein

### Entwicklungsgeschichte

Wie beurteilen Sie das Schlafverhalten Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie das Essverhalten Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind gestillt? ja  nein  Wie lange? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind häufig erbrochen? ja  nein

Wann wurde erste Nahrung mit dem Löffel gefüttert? \_\_\_\_\_

Isst Ihr Kind mit Freude? ja  nein

Isst Ihr Kind selbständig? ja  nein

Verweigert Ihr Kind manchmal die Nahrung? ja  nein

Ist Ihr Kind sehr wählerisch? ja  nein

Nimmt Ihr Kind gut zu? ja  nein

### Meilensteine der Entwicklung

Wann begann Ihr Kind...

- den Kopf zu halten mit \_\_\_\_\_ Monaten
- nach Gegenständen zu greifen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- frei zu sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- frei zu laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- erste Worte zu sprechen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- kleinere Sätze zu sprechen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen?

\_\_\_\_\_

## Besuch von Krippe/Kindergarten

Besuch der Einrichtung seit/von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

Probleme in der Einrichtung?

---

---

## Medizinische Vorgeschichte

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

ja  nein

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

Welche **Impfungen** hat Ihr Kind erhalten?

---

Welche **Medikamente** bekommt Ihr Kind?

\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

## Bisherige Untersuchungen

Sehtest Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

Hörtest Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

---

Hat Ihr Kind einen **Schwerbehindertenausweis**? ja  nein

GdB \_\_\_\_\_ Merkzeichen \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_

Erhalten Sie **Pflegegeld**: ja  nein  Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Da häufig auch Kontakte zu anderen Ärzten/Ärztinnen 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 **in Behandlung bei** (einschließlich behandelndem Kinder- und Jugendarzt/ behandelnder Kinder- und Jugendärztin):

Name Telefon Behandlungszeitraum

---



---



---



---

Bekommt oder bekam Ihr Kind **Therapien?**  ja  nein

	Wo?	Zeitraum
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		
Heilpädagogik/ Frühförderung		
Psychotherapie		
Sonstige (Familienhilfe, Erziehungsberatung ...)		

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

---

Ort, Datum und Unterschrift **aller** Erziehungsberechtigten

---



---

Vielen Dank für das ausführliche Beantworten der Fragen!

Bitte senden Sie den Anmeldebogen an:

**SPZ Memmingen**  
**Bismarckstr. 23**  
**87700 Memmingen**

An

**SPZ Memmingen**

Bismarckstr. 23

87700 Memmingen

Tel: 08331-70 2500

**Fax: 08331-70 2335**

email: spz@klinikum-memmingen.de



**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.

Um die Diagnostik möglichst effektiv durchführen zu können, sind wir auf Ihre Informationen angewiesen. Wir möchten Sie daher bitten, die folgenden Fragen zu beantworten und uns den ausgefüllten Fragebogen zukommen zu lassen.

**Ein Überweisungsschein ist zwingend zum ersten Untersuchungstermin erforderlich.**

**Ärztliche Anmeldung für das SPZ Memmingen**

betreffend

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

**Überweisungsgrund/Auftrag:** \_\_\_\_\_

---

---

Dringender Vorstellungstermin gewünscht – bitte Begründung oder Telefonnummer für Rücksprache

---

Sprachbarriere im Elternkontakt:

- Nur mit Dolmetscher möglich       eingeschränkt aber möglich       keine

Datum, Unterschrift

## Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten zu Untersuchung / Therapie

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

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

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

\_\_\_\_\_  
Name der Eltern/ Sorgeberechtigten/ gesetzliche Vertreter (Zutreffendes unterstreichen)

\_\_\_\_\_  
ggf. abweichende Anschrift

für

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
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 den anstehenden medizinischen und psychologischen Untersuchungen bzw. Therapien im SPZ.

Ferner willige ich/ willigen wir ein, dass nach der Erstuntersuchung der Kinderarzt/ die Kinderärztin, bzw. der Hausarzt/ die Hausärztin Ihres Kindes einen Arztbrief mit sämtlichen Diagnosen vom SPZ Memmingen erhält.

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ en des/ der Personensorgeberechtigten

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

## Information zu Foto- / Videoaufnahmen im Sozialpädiatrischen Zentrum

Liebe Eltern, Sorgeberechtigte und Kinder,

bei vielen Fragestellungen im SPZ spielt unter anderem die Beobachtung von Verhalten, Bewegung, Ausdruck und / oder Sprachfähigkeit eine große Rolle.

Um diese Beobachtungen im Verlauf der Diagnostik und Behandlung sorgfältig auswerten und dokumentieren zu können, ist es manchmal erforderlich, Situationen fotografisch oder per Video festzuhalten.

Dadurch ist es dann möglich, diese Situationen wiederholt zu betrachten, um sich bei der Beurteilung sicher zu sein oder auch im Vergleich nochmals anzusehen, um Veränderungen im Verlauf der Behandlung genauer feststellen zu können.

Die Aufnahmen von Bewegungen können z. B. in Zeitlupe analysiert werden, um Störungen besser zu beurteilen.

**Für Fälle, bei denen eine Foto- oder Videodokumentation nicht unbedingt erforderlich, sondern lediglich hilfreich ist, benötigen wir eine Einwilligung.**

In diesem Rahmen handelt es sich dann um sogenannte Gesundheitsdaten, die besonderem Datenschutz unterliegen.

Die Foto- und Videoaufnahmen werden ausschließlich auf Grundlage einer ärztlichen bzw. therapeutischen Empfehlung von uns erfasst, im Rahmen des Behandlungszwecks genutzt, nur an die hier ausdrücklich genannten Stellen übermittelt und bis zum Ablauf geltender Aufbewahrungsfristen gespeichert.

Die zuständige Mitarbeiterin / der zuständige Mitarbeiter wird Sie, sollten Aufnahmen geplant sein, jeweils über die Gründe und Zwecke aufklären und ggf. um Ihr Einverständnis bitten.

Konkreter Grund und Zweck der Dokumentation:

---

---

## Einwilligung Foto- und Videoaufnahmen für die Patientenakte

Sehr geehrte Eltern, Sorgeberechtigte und liebe Kinder,

wie in unserem Info-Blatt (auf S. 1) erläutert, möchten wir Sie um Genehmigung bitten, zur Dokumentation des Behandlungsverlaufes Foto- und/ oder Videoaufnahmen Ihres Kindes anzufertigen.

Wir bitten Sie auch, Ihr Kind in die Entscheidung miteinzubeziehen, sofern es einsichtsfähig ist.

Hiermit erlaube(n) ich/ wir

- Mutter (Name) \_\_\_\_\_
- Vater (Name) \_\_\_\_\_
- Andere (Name) \_\_\_\_\_
- Kind (Name) \_\_\_\_\_

(ab 14 Jahren)

dass ärztliches, psychologisches, therapeutisches und pädagogisches Personal des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) im Rahmen der Behandlung meines/ unseres Kindes:



(Aufkleber des Kindes, bzw. Name, Geburtsdatum und Anschrift)

- Fotoaufnahmen
- Videoaufnahmen

zur Dokumentation des Behandlungsverlaufes für die Patientenakte anfertigen dürfen.

Ich bin/ Wir sind darüber informiert worden, dass diese Einwilligung freiwillig ist und jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass Nachteile in der Behandlung unseres Kindes entstehen.

Im Falle eines Widerrufs findet keine weitere Verarbeitung statt und die Aufnahmen werden gelöscht.

Der Widerruf hat keine Rückwirkung, die Datenverarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt rechtmäßig.

---

Ort

Datum

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte, ggf. beide Sorgeberechtigte, gesetzliche Vertretung

SPZ Memmingen Anmeldebogen 0-3 Jahre

Seite 10

---

zusätzliche Unterschrift Minderjähriger (ab dem Alter von 14 Jahren)