

## Klinik für Kinder- und Jugendliche

Sozialpädiatrisches Zentrum

Ärztlicher Leiter  
Dr. med. Johannes Buckard

Postadresse:  
Kirchfeldstraße 40  
40217 Düsseldorf

Sekretariat: Iris Cappallo, Dilek Özer  
Telefon 02 11 / 919 – 3723  
Telefax 02 11 / 919 – 3746  
E-Mail spz@evk-duesseldorf.de  
Internet www.evk-duesseldorf.de

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben eine Vorstellung Ihres Kindes .....in unserem SPZ erbeten.  
Zur Vorausplanung benötigen wir von Ihnen Angaben auf diesem Formular. Schicken Sie dies an die oben stehende Adresse zurück. Alle Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Bitte haben Sie Verständnis, dass nur **vollständig ausgefüllte Formulare** von uns bearbeitet werden.

Unsere **Terminvergabe** erfolgt **schriftlich, telefonisch oder per E-Mail** mit Ihnen. Wir arbeiten **ausschließlich auf ärztliche Überweisung** oder im Auftrag der Privaten Krankenversicherung.

Informationen über unser SPZ finden Sie auch im Internet unter **www.evk-duesseldorf.de**.

### Anmeldebogen

<b>Name, Vorname Kind:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Name, Vorname Eltern:</b>		
<b>PLZ, Wohnort:</b>	<b>Straße:</b>	
<b>Krankenkasse:</b>	<b>Kinder-/Jugendarzt:</b>	
<b>Telefon Festnetz:</b>	<b>Handy:</b>	<b>Andere:</b>
<b>E-Mail-Adresse:</b>		

Fragestellung des überweisenden Arztes an uns:

---

---

Welche Hauptsorgen haben Sie als Eltern bei Ihrem Kind?

---

Stempel überweisender Arzt

In welchen Bereichen hat Ihr Kind noch Probleme? Bitte kreuzen Sie an.

- |   |                                  |                                    |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Körperbewegung | <input type="checkbox"/> Sprache | <input type="checkbox"/> Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Schule/Lernen  | <input type="checkbox"/> Hören   | <input type="checkbox"/> Sehen     |
| <input type="checkbox"/> Andere:        |                                  |                                    |

Erfolgt bereits Untersuchungen anderswo? Wenn ja, bitte geben Sie an:

Wann: \_\_\_\_\_ Wo: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_ Wo: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_ Wo: \_\_\_\_\_

Welche Diagnostik wurde bereits in der Kinderärztlichen-Praxis gemacht? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bereits Förderung/Therapien erhalten? Nein

Frühförderung von-bis: \_\_\_\_\_  Physiotherapie von-bis: \_\_\_\_\_

Ergotherapie von-bis: \_\_\_\_\_  Logopädie von-bis: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

Erhalten Sie oder Ihr Kind Unterstützung durch Jugendamt, Beratungsstellen oder sozialpädagogische Familienhilfe?

Nein

Ja, Ansprechpartner, Tel: \_\_\_\_\_

Fragen zur Familie:

Mutter	<input type="checkbox"/> leiblich	<input type="checkbox"/> Stiefmutter	Alter: _____	Beruf: _____
Vater	<input type="checkbox"/> leiblich	<input type="checkbox"/> Stiefvater	Alter: _____	Beruf: _____
Trennung/Scheidung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann: _____	<input type="checkbox"/> Allein erziehend	
Geschwister (Name, Alter): _____				
Wurde bereits ein Geschwisterkind in unserem SPZ vorgestellt (Name, Geburtsdatum): _____				

Fragen zu Schwangerschaft und Geburt: (Diese Informationen finden Sie im gelben Untersuchungsheft)

Komplikationen: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich: _____		
Geburt in SS-Woche: _____	Gewicht: _____	Länge: _____	
Kopfumfang: _____	APGAR: _____	Nabelschnur-pH: _____	

Fragen zur frühkindlichen Entwicklung: (Bitte geben Sie das **Alter** Ihres Kindes **dabei** an)

Freies Gehen: _____	Alter beim Sprechen erster Worte: _____		
Trocken tagsüber: _____	Trocken nachts: _____	<input type="checkbox"/> Erneutes Einnässen/Einkoten	

**Krankheiten:** \_\_\_\_\_

Fragen zu Kindergarten und Schule:

Kindergartenbesuch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____	Name der Einrichtung: _____
Schulbesuch	seit: _____	Klasse: _____	Name der Schule: _____
Klassenwiederholg.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____	

**Fragebogen ausgefüllt von:**

Eltern

Andere: \_\_\_\_\_

**Datum/Unterschrift der Eltern:** \_\_\_\_\_

Wird vom SPZ ausgefüllt

**EEG** \_\_\_\_\_ **Neuropäd** \_\_\_\_\_ **Psychol** \_\_\_\_\_

**Ergo** \_\_\_\_\_ **Physio** \_\_\_\_\_ **Logo** \_\_\_\_\_