Akademisches Lehrkrankenhaus der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Klinik für Kinder- und Jugendliche

Sozialpädiatrisches Zentrum

Postadresse:
Kirchfeldstraße 40
40217 Düsseldorf

Sekretariat: 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. Die Überweisung Ihres Kinderarztes/-ärztin ist zusätzlich notwendig.

Schicken Sie bitte das **vollständig ausgefüllte Formular mit Überweisung** aus Datenschutz Gründen (DSG-EKD) **per Post an uns zurück**. Alle Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

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

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

Anmeldebogen

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

Fragestellung des überweisenden Arztes an uns:

Stempel überweisender Arzt

Welche Hauptsorgen haben Sie als Eltern bei Ihrem Kind?

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

- ☐ Körperbewegung
- ☐ Sprache
- ☐ Verhalten
- ☐ Schule/Lernen
- ☐ Hören
- ☐ Sehen
- ☐ Andere:

Erfolgten bereits Untersuchungen beim Kinderarztes/-ärztin oder anderswo? Wenn ja, bitte geben Sie an:

Wann: Wo:

Wann: Wo:

Wann: Wo:

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	☐ leiblich	☐ Stiefmutter	Alter:	Beruf:
Vater	☐ leiblich	☐ Stiefvater	Alter:	Beruf:
Trennung/Scheidung	☐ nein	☐ ja, wann:		☐ 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: ☐ nein	☐ 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:	☐ Erneutes Einnässen/Einkoten

Krankheiten:

Fragen zu Kindergarten und Schule:

Kindergartenbesuch	☐ nein	☐ ja, seit:	Name der Einrichtung:
Schulbesuch	seit:	Klasse:	Name der Schule:
Klassenwiederholg.	☐ nein	☐ ja, welche:	

Einverständniserklärung des/der Sorgeberechtigten

Ich bestätige hiermit, dass ich Sorgeberechtigt bin und einverstanden, dass das oben genannte Kind im EVK-Düsseldorf zur Diagnostik und/oder Therapie vorgestellt wird.

Datum **Unterschrift:**

Wird vom SPZ ausgefüllt

EEG **Neuropäd** **Psychol**

Ergo **Physio** **Logo**