

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten,

Sie erwägen eine Betreuung Ihres Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) Chemnitz. Wir möchten uns im Voraus für Ihr Vertrauen bedanken. Unser SPZ arbeitet interdisziplinär und multiprofessionell unter kinderärztlicher / kinderneurologischer Leitung. Die verschiedenen Fachbereiche arbeiten eng zusammen, um ein Versorgungskonzept zu entwickeln, welches den individuellen Bedürfnissen des uns anvertrauten Kindes angepasst ist.

Wie geht es mit der Anmeldung weiter?

Bitte füllen Sie die bereitgestellten **Anmeldeunterlagen** vollständig aus und lassen diese vom ambulanten **Kinderarzt / HNO-Arzt abstempeln und unterschreiben**. Danach reichen Sie die Anmeldeunterlagen zusammen mit einem **gültigen Überweisungsschein** bei uns ein. Wir sichten Ihre eingegangenen vollständigen Unterlagen und entscheiden über die Dringlichkeit der Terminvergabe. Zur besseren Einschätzung sind vorhandene Vorbefunde und Ergebnisse von vorangegangenen Untersuchungen hilfreich – bitte lassen Sie uns diese, wenn vorhanden, ebenfalls zukommen. Termine für die erste Vorstellung oder ein Sondierungsgespräch senden wir Ihnen anschließend per Post zu.

Wir bearbeiten Ihr Anliegen zeitnah, trotzdem ist aufgrund der hohen Nachfrage in bestimmten Fällen mit Wartezeit zu rechnen. Dafür bitten wir um Verständnis. Im Rahmen einer Erstvorstellung können wir nicht immer bereits eine vollständige Diagnose stellen. Dazu bedarf es meist weiterer Diagnostik, die durch separate Termine abgedeckt wird.

Bei **akuten neurologischen Problemen** wenden Sie sich bitte über Ihren Kinderarzt an die kinderneurologische Abteilung des Klinikums Chemnitz.

Bei **schulischen Schwierigkeiten**, wie Verdacht auf Lese-Rechtschreibschwäche, Rechenschwäche, AD(H)S oder anderen Teilleistungsstörungen ist zuerst die Kontaktaufnahme zu den sonderpädagogischen Kollegen, Beratungslehrern und/oder Schulpsychologen der Schule Ihres Kindes nötig. Anschließend wird gemeinsam mit dem Kinderarzt über die Notwendigkeit zur Anmeldung im SPZ entschieden. Darüber hinaus besteht die Option zur Vorstellung bei einem ambulant tätigen kinder- und jugendpsychiatrischen Kollegen.

Hinweis zur Parallelbehandlung: Die Behandlung wird mit einem Überweisungsschein bei Ihrer Krankenkasse abgerechnet. Erfolgt im selben Quartal eine Vorstellung in einem anderen SPZ oder einer sozialpsychiatrischen Ambulanz, übernimmt die Krankenkasse die Kosten der „Zweitvorstellung“ in der Regel nicht, wenn es sich um dieselbe medizinische Fragestellung handelt. Eine quartalsgleiche Vorstellung wäre nur möglich, wenn im Vorfeld die Kostenfrage mit der Krankenkasse geklärt wurde.

Zur Erstvorstellung im SPZ benötigen wir:

- einen gültigen Überweisungsschein eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin, eines genehmigten Allgemeinmediziners oder eines Facharztes für HNO-Heilkunde,
- die Krankenversichertenkarte des Kindes,
- das Vorsorgeheft (gelbes Heft),
- **Bei unzureichenden Deutschkenntnissen kommen Sie bitte in Begleitung eines Dolmetschers.**

Für sich ergebende Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Ihr SPZ-Team



Anmeldeunterlagen SPZ Chemnitz

Der vorliegende Bogen dient zur Erfassung wichtiger Angaben über Ihr Kind bzw. Ihre Familie. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus, damit wir uns umfassend Ihrem Anliegen widmen können. Bei Unklarheiten lassen Sie die betreffenden Punkte offen, wir klären diese in der Sprechstunde. Wenn Spalten nicht ausreichen, bitte Extrablatt einfügen!

Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Nationalität / Sprache: _____

Wohnhaft bei: ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater
☐ Adoptiveltern ☐ Pflegeeltern ☐ Heim / WG

Wer hat das Sorgerecht? ☐ Eltern ☐ nur Mutter ☐ nur Vater
☐ Amtsvormund ☐ sonstige

Bei wem ist das Kind versichert? _____

Krankenkasse / Versicherungsnummer: _____

Angaben zu Sorgeberechtigten:

Name der Sorgeberechtigten / des Vormundes:		
Adresse der Sorgeberechtigten / des Vormundes:	☐ wie Wohnadresse Kind	☐ wie Wohnadresse Kind
Nationalität / Sprache:		
Telefon:		
E-Mail:		
Mit SPZ Vorstellung einverstanden	Datum und Unterschrift	Datum und Unterschrift

**Unterschrift / Stempel
des überweisenden Arztes
(unbedingt erforderlich):**

--



Geschwister bzw. Kinder der Familie:

Name, Vorname	Geburtsdatum	SPZ-Betreuung
		☐ ja ☐ nein
		☐ ja ☐ nein
		☐ ja ☐ nein
		☐ ja ☐ nein

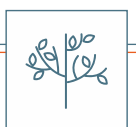
Besondere familiäre Verhältnisse:

(z. B. Angaben zu Trennung / Scheidung, Umgangsrecht, Pflegschaft, Adoption, Pflege, Todesfall, häufiger Wohnungswechsel, Notlagen, etc.)

Warum haben Sie Ihr Kind in das SPZ Chemnitz überweisen lassen? Welche Auffälligkeiten oder Störungen sehen Sie?

Gibt es aktuell zu Hause / in der Schule / Kita folgende Auffälligkeiten? (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| ☐ Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe | ☐ Auffälligkeiten in der Feinmotorik |
| ☐ Hörprobleme / Sehprobleme | ☐ Konzentrationsstörungen / Tagträumen |
| ☐ Häufige Kopfschmerzen | ☐ Schüchternheit / Kontaktschwierigkeiten |
| ☐ Häufige Bauchschmerzen | ☐ Ängste |
| ☐ Übergewicht / Untergewicht / Essstörungen | ☐ Übermäßiger Trotz / Aggressionen |
| ☐ Schlafstörungen | ☐ Einzelgänger / Außenseiter |
| ☐ Bettnässen / Einkoten / Einnässen | ☐ Extreme motorische Unruhe |
| ☐ Nervöse Zuckungen (Tic) / Nägelkauen | ☐ Ungenügende Gefahreinschätzung |
| ☐ Entwicklungsstillstand oder -rückschritte | ☐ Weglaufen |
| ☐ Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung | ☐ Medienzeit täglich: _____ |
| ☐ Auffälligkeiten in der grobmotorischen Entwicklung | |



Welche Hilfe erwarten Sie von uns?

Wer hat die Vorstellung angeregt?

Wurde bereits eine Diagnose gestellt? (Bitte Befunde als Kopie beifügen.)

Angaben zu bislang aufgesuchten Ärzten / erfolgten Untersuchungen sowie Therapien:

(Bitte Befunde als Kopie beifügen.)

	Name	Adresse	Zeitpunkt	Schweigepflicht- entbindung
Kinderarzt				☐ ja ☐ nein
Neuropädiater				☐ ja ☐ nein
MRT				☐ ja ☐ nein
HNO-Arzt				☐ ja ☐ nein
Augenarzt				☐ ja ☐ nein
Orthopäde				☐ ja ☐ nein
Psychologe				☐ ja ☐ nein
Frühförderung				☐ ja ☐ nein
Physiotherapie				☐ ja ☐ nein
Logopädie				☐ ja ☐ nein
Ergotherapie				☐ ja ☐ nein
Andere				☐ ja ☐ nein



Spezielle medikamentöse Behandlungen:

Medikamente	Dosis	Zeitraum

Hilfsmittel (z.B. Brille, Hörgerät):

Behindertenausweis: ☐ nein ☐ ja, Grad der Behinderung _____ / Merkzeichen _____

Pflegegrad: ☐ nein ☐ ja, welcher? _____

Familiengeschichte:

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen?

☐ nein ☐ ja, welche? _____

Welche der folgenden Krankheiten und Störungen sind in der näheren oder weiteren Familie aufgetreten? Bei wem?

☐ Geistiger Entwicklungsrückstand: _____

☐ Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung: _____

☐ Verzögerte oder gestörte Sprachentwicklung: _____

☐ Sehbehinderung oder Blindheit: _____

☐ Hörbehinderung oder Taubheit: _____

☐ Missbildungen: _____

☐ Geistes- oder Gemütskrankheit: _____

☐ Anfälle (Fieberkrämpfe / Epilepsie / andere): _____

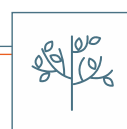
☐ Muskelerkrankungen: _____

☐ Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen: _____

☐ Immunologische Erkrankungen: _____

☐ Krebserkrankungen: _____

☐ Alkohol- / Medikamenten- / Drogenabhängigkeit: _____



Vorgeschichte:

Gab es Probleme in der Schwangerschaft?

☐ nein ☐ ja, welche? _____

Wurden Medikamente oder Genussmittel (Alkohol, Nikotin, Drogen) während der Schwangerschaft eingenommen?

☐ nein ☐ ja, welche? _____

In welcher Klinik ist Ihr Kind geboren / Hausgeburt?

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? _____

Datum des errechneten Termins: _____

Gab es bei oder nach der Geburt Komplikationen oder Besonderheiten?

☐ nein ☐ ja, welche? _____

Geburtsgewicht: _____ g Körperlänge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Bisherige Erkrankungen Ihres Kindes:

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung, gab es Unfälle, Operationen oder schwere Erkrankungen?

Wie verlief die bisherige Entwicklung Ihres Kindes?

Gezieltes Greifen mit _____ Monaten Freies Sitzen mit _____ Monaten

Gekrabbelt mit _____ Monaten Freies Laufen mit _____ Monaten

Erste Worte mit _____ Monaten, erste 2- bis 3-Wortsätze mit _____ Monaten

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? Wenn ja, welche Sprachen? _____

Trocken und sauber tagsüber mit _____ Monaten, nachts mit _____ Monaten

Welche Einrichtungen besuchte bzw. besucht Ihr Kind?

Einrichtung	Anschrift	von - bis / Klasse
Kindertagesstätte		

Integrativkindergarten		
Vorschule		
Grundschule		
Mittelschule / Gymnasium		
Förderschule		
Hort / Tagesgruppe		

Zurückstellung bei der Einschulung? ☐ nein ☐ ja

Klassenwiederholungen? ☐ nein ☐ ja, wann? _____

Wohnverhältnisse:

Wie viele Personen leben in der Wohnung / Haus? _____ Personen

Größe der Wohnung / Haus: _____ qm

Steht dem Kind ein Kinderzimmer zur Verfügung?

☐ ja / allein ☐ ja / mit Geschwistern gemeinsam ☐ nein

Das Kind schläft:

☐ allein ☐ mit Geschwistern gemeinsam ☐ bei den Eltern

Hat das Kind Kontakt zu anderen Kindern?

☐ oft / regelmäßig ☐ gelegentlich ☐ nein

Hat das Kind innerhalb der Wohnung Platz zum Spielen?

☐ ja ☐ nein

Schätzen Sie Ihre Wohnung als zufriedenstellend ein?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen?

Datum: _____

Unterschrift: _____

