

## Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

### am Johannes Wesling Klinikum

Ärztl. Leiter Armin Pampel  
Facharzt f. Kinder- und Jugendmedizin  
Neuropädiatrie, Neonatologie  
EEG-Zertifikat DGKN

E-Mail: [spz-minden@muehlenkreiskliniken.de](mailto:spz-minden@muehlenkreiskliniken.de)

[www.muehlenkreiskliniken.de](http://www.muehlenkreiskliniken.de)

Sekretariat 0571 / 790-4051

Telefax 0571 / 790-294051

## Liebe Eltern und Sorgeberechtigte!

Sie möchten Ihr Kind in unserem SPZ anmelden. Um Ihnen und uns die Aufnahme zur ambulanten Untersuchung zu erleichtern, möchten wir Ihnen kurz den **Ablauf der Anmeldung** erklären.

Ihr Kinderarzt/-ärztin oder Hausarzt/-ärztin entscheidet über eine Vorstellung hier. Alternativ kann dies auch ein(e) Facharzt/-ärztin für HNO, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie sein. Bitte sprechen Sie immer **vorher** mit Ihrem betreuenden Arzt eine Vorstellung bei uns ab, bevor Sie sich um einen Termin bemühen. Anschließend bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen vollständig auszufüllen, vom betreuenden Arzt unterschreiben zu lassen und uns dann wieder zurückzusenden. Den Fragebogen finden Sie auf unserer Homepage <http://www.muehlenkreiskliniken.de/johannes-wesling-klinikum-minden/zentren/sozialpaediatisches-zentrum-spz.html> als PDF-Datei zum Ausdrucken. Wir bitten Sie, von Zusendungen per E-Mail abzusehen.

Nach Erhalt des Fragebogens erhalten Sie eine Eingangsbestätigung per Post. Später vereinbart unser Sekretariat telefonisch mit Ihnen einen Vorstellungstermin.

Bitte richten Sie sich darauf ein, dass wir aufgrund vieler Anfragen eine längere Wartezeit für eine Erstvorstellung haben.

Falls Sie ein Pflegekind bei uns vorstellen möchten, lassen Sie bitte die Sorgeberechtigten auf der letzten Seite unterschreiben. Wir möchten damit sicherstellen, dass diese mit der Untersuchung einverstanden sind.

Zum vereinbarten Termin benötigen wir

- einen **Überweisungsschein** (gilt nicht für Privatversicherte),
- die **Krankenversichertenkarte**,
- das **gelbe Vorsorgeheft**,
- ein **Foto** Ihres Kindes
- alle wichtigen **Vorbefunde**
- **ggf bei Pflegekindern die Bestattungsurkunde.**

Bitte stellen Sie sich darauf ein, dass wir mehr als einen Termin benötigen könnten, um Ihrem Kind gerecht zu werden. Diese Termine würden wir dann hier mit Ihnen vereinbaren.

Wir hoffen, dass wir Ihnen die wichtigsten Fragen zur Anmeldung beantwortet haben und freuen uns auf Sie und Ihr Kind.

Das Team des SPZ

## Fragebogen Erstvorstellung Sozialpädiatrisches Zentrum Minden

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte!

Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig, die Informationen werden streng vertraulich, wie alle medizinischen Daten, behandelt und ohne Ihr schriftliches Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben.

<b>Name des Kindes:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Anschrift (PLZ, Ort, Straße):</b>		
<b>Telefonnummer:</b>		
<b>E-Mail (bitte in Druckbuchstaben angeben):</b>		
<b>Weshalb soll Ihr Kind untersucht werden?</b>		
<b>Wer hat die Untersuchung hier vorgeschlagen?</b>		

<b>Name der leiblichen Mutter:</b>	<b>Name des leiblichen Vaters:</b>
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Beruf:	Beruf:
Anschrift:	Anschrift:
Kostenträger / Krankenkasse des Kindes:	

### **Fragen zu Geburt und Schwangerschaft**

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

Gab es in der Schwangerschaft Probleme? Wenn ja, welche?

Gab es bei der Mutter und / oder dem Kind während oder nach der Geburt Probleme? Wenn ja, welche?

### **Familie**

Hat Ihr Kind Geschwister? Wenn ja, wie viele?

Gibt es in Ihrer Familie ernsthafte oder vererbare Erkrankungen? Wenn ja, welche?

**Erkrankungen des Kindes**

Sind bei Ihrem Kind schwerwiegende oder chronische Erkrankungen bekannt oder früher aufgetreten?

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?

**Bisherige Entwicklung**

Wann haben Sie sich erstmalig Sorgen um die Entwicklung Ihres Kindes gemacht? Was ist Ihnen aufgefallen?

**Motorik**

Wann konnte Ihr Kind erstmals frei laufen?

Sehen Sie jetzt motorische Probleme und wenn ja, in welchem Bereich?

**Sprache**

Hat Ihr Kind im 1. Lebensjahr normal geplappert?

Wann haben Sie die ersten Worte gehört?

Sehen Sie jetzt sprachliche Probleme und wenn ja, welche?

**Geistige Entwicklung**

Sehen Sie Schwierigkeiten Ihres Kindes mit Anforderungen an das Denken und Verstehen? Wenn ja, welche?

**Verhalten**

Kann sich Ihr Kind angemessen verhalten?

Hat es Schwierigkeiten im Umgang mit Kindern oder Erwachsenen?

**Therapie**

Bekommt Ihr Kind bislang irgendeine Fördertherapie, wenn ja, bitte ankreuzen:

Frühförderung	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

**Einrichtungen**

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten oder Schule? Wenn ja, welche?

Ist ein besonderer Förderbedarf festgestellt worden (AO-SF-Verfahren)?

**Haben Sie uns sonst noch etwas mitzuteilen? Sie dürfen auch gerne die Rückseiten benutzen.**

Sind sie mit ihrem Kind bereits in einem anderen SPZ, oder bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wo wird oder wurde Ihr Kind behandelt?

Ist oder war ein anderes Kind der Familie in unserem SPZ in Behandlung? Wenn ja, bitte den Namen dieses Kindes angeben:

**Wer hat den Fragebogen ausgefüllt:**

**Unterschrift und Stempel überweisender Ärztin / Arzt:**

---

**Nur bei Pflegekindern:**

<p><b>Pflegeeltern:</b></p> <p>Name und Adresse:</p> <p>Telefonnummer:</p>
<p>Wer hat das <b>Sorgerecht</b> für das Kind bzw. wer ist <b>Vormund</b>?</p> <p>Name und Adresse:</p>
<p>Wer hat das Recht zur <b>Gesundheitsfürsorge</b>?</p> <p>Name und Adresse:</p>
<p>Erläuterungen?</p>

**Bitte beachten Sie, dass mit der Vorstellung des Kindes in unserem SPZ alle Sorgeberechtigten einverstanden sein müssen!**

Datum und Unterschrift der Sorgeberechtigten:

---

**Bitte nicht zuschicken, NUR für Sie zur Erinnerung!!!**

**Checkliste:**

**was muss ich zum SPZ-Termin mitbringen**

den Überweisungsschein (gilt nicht für Privatversicherte),

**Ohne Überweisungsschein ist eine Behandlung nicht möglich!**

die Krankenversichertenkarte

das gelbe Vorsorgeheft

ein Foto Ihres Kindes

Vorbefunde

Bei Pflege-Kindern ggf. Bestattungsurkunde der Pflegeeltern

**Mein Termin:.....**