

**Kinderneurologisches Zentrum (KiNZ)**

Klinik und Ambulanz für Sozialpädiatrie,  
Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie  
Chefarzt: Dr. med. Helmut Hollmann  
Gustav-Heinemann-Haus · Waldenburger Ring 46 · 53119 Bonn



Entwicklung ist unser Thema

## Anmeldebogen – Ambulanz Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**  Privat  gesetzlich, welche? \_\_\_\_\_

versichert über:  Mutter  Vater  andere: \_\_\_\_\_

**Kontaktdaten:**

Telefon: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigte:** (Mutter) (Vater) (Andere)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei:  Eltern  Mutter  Vater  andere: \_\_\_\_\_

Sorgerecht liegt bei:  Eltern  Mutter  Vater  andere: \_\_\_\_\_

**Auf welchen Gebieten bestehen Auffälligkeiten oder Störungen, Fragen oder Unklarheiten?**

Geistige Entwicklung  Sprachliche Entwicklung  Motorische Entwicklung

Krampfanfälle  Konzentration  Erziehung

Depressivität  Verhalten  Ernährung

Schlafen  Sauberkeit (Toilette)  Schulleistungen

andere Probleme, nämlich: \_\_\_\_\_

**Welche Sorgen haben Sie wegen Ihres Kindes, warum möchten Sie mit Ihrem Kind zu uns kommen (Vorstellungsgrund)? Welche Hilfen möchten Sie haben?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Für weitere Angaben benutzen Sie bitte ein Ergänzungsblatt!)

**Besucht/besuchte Ihr Kind eine(n) Kindergarten/Kindertagesstätte (KITA)?**

Nein  Ja, und zwar seit \_\_\_\_\_  früher, vom \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Lebensjahr

Regel-Kindergarten  Integrativer Kindergarten  anderer Kindergarten \_\_\_\_\_

**Besucht Ihr Kind bereits eine Schule?**

- Nein       Ja, und zwar seit \_\_\_\_\_ Welche Klasse? \_\_\_\_\_  
Welche Schule? \_\_\_\_\_  
 Förderbeschulung, Förderschwerpunkt \_\_\_\_\_

**Haben Sie Ihr Kind oder ein Geschwisterkind bereits früher einmal in unserer Einrichtung vorgestellt?**

- Nein       Ja, im Jahr \_\_\_\_\_ Name des Kindes: \_\_\_\_\_

**Wird/wurde Ihr Kind bereits anderweitig vorgestellt oder behandelt?**

- Physiotherapie       Logopädie/Sprachtherapie       Ergotherapie  
 Psychomotorik       Frühförderung       Kinder- und Jugendpsychiater  
 Psychotherapie       Erziehungsberatung       schulpsychologischer Dienst

**Bekommt/bekam Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**

- Nein       Ja, nämlich \_\_\_\_\_

**Regelmäßige ärztliche Untersuchungen/Behandlungen bei:**

- Augenarzt       HNO-Arzt       Orthopäde       andere Fachärzte  
 Krankenhaus-Ambulanz: \_\_\_\_\_  Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
 anderes Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ): \_\_\_\_\_

**Wer hat die Vorstellung im KiNZ Bonn empfohlen?**

- Kinder- und Jugendarzt    Hausarzt       Kinder- und Jugendpsychiater  
 anderer Facharzt       TherapeutIn    ErzieherIn       LehrerIn  
 andere Eltern       andere: \_\_\_\_\_

**Der Bogen wird ausgefüllt von:**

- Mutter       Vater       andere: \_\_\_\_\_  
 SPFH (bitte geben Sie unbedingt Ihre Tel.-Nr. an!): \_\_\_\_\_

**Wird eine Übersetzung/Dolmetscherin benötigt?**

- Nein       Ja; Sprache: \_\_\_\_\_

**Wir bitten Sie um die Schweigepflichtsentbindung, um mit Ihrem behandelnden Kinderarzt/-ärztin kommunizieren zu dürfen (bez. relevanter Vorbefunde, Arztbrief-Zusendung, etc.).**

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mühe!  
Ihr Team des Kinderneurologischen Zentrums Bonn

**Bitte beachten Sie: Diese Anmeldung für Ihr Kind kann nur bearbeitet werden, wenn Stempel und Unterschrift der/s überweisenden Ärztin/Arztes auf der letzten Seite vorhanden sind.** (Nicht gültig für Privatversicherte)

# ÄRZTLICHE ANMELDUNG

Raum für Mitteilungen der/s überweisenden Ärztin/Arztes

- SPZ-Anmeldung** für ambulante Untersuchung bei Auffälligkeiten in einer Früherkennungs-Untersuchung („U“) oder Sorge der Eltern

Möchten Sie Ihre Patientin / Ihren Patienten in einer unserer **Spezialambulanzen** vorstellen?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> CP und Kinder-Orthopädie                  | <input type="checkbox"/> Regulationsstörungen („Schreibbaby-Ambulanz“) | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörungen                 |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel-Versorgung                    | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz                                   | <input type="checkbox"/> Unterstützte Kommunikation UK               |
| <input type="checkbox"/> Symmetrie bei Säuglingen („Helmtherapie“) | <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Neuro-Genetik               | <input type="checkbox"/> Chron. Erkrankung mit Entwicklungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Kinder-Neurochirurgie   | <input type="checkbox"/> Fetales Alkoholsyndrom FASD                   | <input type="checkbox"/> Kindeswohl                                  |
| <input type="checkbox"/> EEG / Epilepsie                           | <input type="checkbox"/> Störung sozialer Funktionen/Autismus-Spektrum | <input type="checkbox"/> Trauma                                      |

## **Therapie-Gruppen:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> „Heidelberger Elterstraining HET“ (late talker) | <input type="checkbox"/> Elterstraining, Gruppe „ADHS“ | <input type="checkbox"/> „Konzentrationsstraining“ |
|--|--|--|

Möchten Sie Ihre Patientin / Ihren Patienten bei uns zur **stationären Behandlung** vorstellen? In aller Regel erfolgt vorher eine ambulante Untersuchung im SPZ.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Station (Aufnahme 1 Woche) | <input type="checkbox"/> Entwicklungsneurologische Kinderstation (Behandlung auch länger möglich) |
|---|---|

Bitte beschreiben Sie hier Ihre **ärztliche Fragestellung** bzw. den **Arbeitsauftrag** für uns:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Benötigt die Familie für die Anamnese und Beratung eine professionelle Übersetzung (Dolmetscher(in))?

Nein                       Ja            wenn ja, welche Sprache: \_\_\_\_\_

Bitte lassen Sie uns **alle relevanten Vorbefunde** zukommen, entweder über die Eltern oder per Post.

Vielen Dank!

Praxisstempel
---------------

Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

**Wichtige Information:**

- **Die Anmeldung im Kinderneurologischen Zentrum ist nur mit Ihrer Unterschrift als Ärztin bzw. Arzt möglich.**
- **Bitte beachten Sie ggf. bestehende vertragsärztliche Ausschlusskriterien.**

**Vielen Dank für Ihre Überweisung und Kooperation.**