

Kinderneurologisches Zentrum (KiNZ)

Klinik und Ambulanz für Sozialpädiatrie,
Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie

Chefarzt: Prof. Dr. med. Peter Borusiak

Gustav-Heinemann-Haus · Waldenburger Ring 46 · 53119 Bonn



Entwicklung ist unser Thema

Anmeldebogen – Ambulanz Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Name: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Vorname: _____ weiblich männlich divers

Straße / Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Krankenversicherung: Privat gesetzlich, welche? _____

versichert über: Mutter Vater andere: _____

Kontaktdaten:

Telefon: _____ mobil: _____

E-Mail: _____ @ _____

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*in
 Psychotherapie Erziehungsberatung schulpsychologischer Dienst

Bekommt/bekam Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

- Nein Ja, nämlich _____

Regelmäßige ärztliche Untersuchungen/Behandlungen bei:

- Augenärzt*in HNO-Ärzt*in Orthopäd*in andere Fachärzt*innen
 Krankenhaus-Ambulanz: _____ Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 anderes Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ): _____

Wer hat die Vorstellung im KiNZ Bonn empfohlen?

- Kinder- und Jugendärzt*in Hausärzt*in Kinder- und Jugendpsychiater*in
 andere*r Fachärzt*in Therapeut*in Erzieher*in Lehrer*in
 andere Eltern andere: _____

Der Bogen wird ausgefüllt von:

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

Wird eine Übersetzung/Dolmetscher*in benötigt?

- Nein Ja; Sprache: _____

Wir bitten Sie um die Schweigepflichtsentbindung, um mit Ihrer*m behandelnden Kinderärzt*in 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 Ärzt*in auf der letzten Seite vorhanden sind. (Nicht gültig für Privatversicherte)

ÄRZTLICHE ANMELDUNG

Raum für Mitteilungen der*s überweisenden Ärzt*in

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

Möchten Sie Ihre*n Patient*in 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*n Patient*in 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 Ärzt*in: _____

Wichtige Information:

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

Vielen Dank für Ihre Überweisung und Kooperation.