

Kinderneurologisches Zentrum
Anmeldebogen – Ambulanz Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Vorname: _____ weiblich männlich

Strasse / Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Landkreis: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Krankenversicherung: Privat gesetzlich, welche? _____versichert über: Mutter Vater andere: _____**Telefonnummern**, unter denen wir Sie erreichen können: (privat): _____

(mobil): _____ (dienstlich): _____

Ihre Mail-Adresse: _____ @ _____**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 Wachstum und Körperbau Fehlbildungen Hilfsmittelversorgung Feinmotorische Entwicklung Sozialverhalten Erziehung Familienleben Depressivität Verhalten Aggressivität Unruhe Sauberkeit (Toilette) Ernährung Übergewicht Schlafen Lesen / Rechtschreiben Rechnen Schulleistungen Konzentration Klassenwiederholung Verhalten im Unterricht Sonderbeschulung, Förderschwerpunkt: _____ 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!)

LVR-Klinik Bonn
 Kinderneurologisches Zentrum (KiNZ)
 Klinik und Ambulanz für Sozialpädiatrie,
 Entwicklungsneurologie und
 Neuropädiatrie
 Chefarzt: Dr. med. Helmut Hollmann

Postanschrift:

 Kinderneurologisches Zentrum (KiNZ)
 Gustav-Heinemann-Haus
 Waldenburger Ring 46, 53119 Bonn

Bekommt/bekam Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein Ja, nämlich _____

Besucht oder besuchte früher Ihr Kind einen Kindergarten/eine Kindertagesstätte (KITA)?

Nein Ja, und zwar seit _____ früher, vom ___ bis ___ Lebensjahr
 Regel-Kindergarten Integrativer Kindergarten anderen Kindergarten _____

Besucht Ihr Kind bereits eine Schule?

Nein Ja, und zwar seit _____ Welche Klasse? _____
 Welche Schulart? _____

Waren Sie mit Ihrem Kind oder einem Geschwisterkind bereits schon einmal in unserer Einrichtung?

Nein Ja, im Jahr _____ Name des Kindes: _____

Wurde oder wird Ihr Kind bereits anderweitig vorgestellt, untersucht oder behandelt?

Wenn ja, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Felder an:

- Krankengymnastik Logopädie/Sprachtherapie Ergotherapie
 Psychomotorik Frühförderung/Hausfrühförderung Psychotherapie
 Erziehungsberatung/schulpsychologischer Dienst
 Regelmäßige ärztliche Untersuchungen/Behandlungen bei:
 Augenarzt HNO-Facharzt Orthopädie andere Fachärzte
 Krankenhaus-Ambulanz/Polikliniken Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 anderes Sozialpädiatrisches Zentrum

Bitte bringen Sie aktuelle Therapie- und Befundberichte und das gelbe Untersuchungsheft zum ersten Termin mit!**Wer hat die Vorstellung bei uns empfohlen?**

- Kinderarzt Hausarzt anderer Arzt Therapeut/in
 Erzieher/in Kindergarten Lehrer/in Schule Erzieher/in Hort
 andere Eltern sonstige

Der Bogen wird ausgefüllt von:

Mutter Vater andere: _____

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

Bitte beachten Sie: Diese Anmeldung kann nur bearbeitet werden, wenn die Unterschrift Ihrer/Ihres überweisenden Arzt/Ärztin vorhanden ist (nicht gültig für Privatversicherte).

(Raum für Mitteilung des/der überweisenden Arztes/Ärztin.)

Untersuchung im Bereich Sprachentwicklungsstörungen gewünscht

Praxisstempel oder Adresse überweisende Arzt/Ärztin	_____

Mail: _____@_____ Telefon: _____

Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin: