

Anmeldebogen – Bereich Sprachstörungen

LVR-Klinikverbund

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

Vorname: _____ weiblich männlich

Strasse / Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Landkreis: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Krankenversicherung: Privat gesetzlich, welche? _____

versichert über: Mutter Vater andere: _____

Telefon-Nummern, unter denen wir Sie erreichen können: (privat): _____

(mobil): _____ (dienstlich): _____

Ihre Email-Adresse: _____ @ _____

Das Kind lebt:

bei den Eltern bei der Mutter bei dem Vater bei _____

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Beruf: _____

Sorgerecht liegt bei: Eltern Mutter Vater andere: _____

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> Sprachliche Entwicklung | <input type="checkbox"/> Motorische Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau | <input type="checkbox"/> Fehlbildungen |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung | <input type="checkbox"/> Feinmotorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Schlafen | <input type="checkbox"/> Sauberkeit (Toilette) |
| <input type="checkbox"/> Erziehung | <input type="checkbox"/> Familienleben | <input type="checkbox"/> Sozialverhalten |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Depressivität |
| <input type="checkbox"/> Schulleistungen | <input type="checkbox"/> Rechnen | <input type="checkbox"/> Lesen / Rechtschreiben |
| <input type="checkbox"/> Verhalten im Unterricht | <input type="checkbox"/> Konzentration | <input type="checkbox"/> Klassenwiederholung |
- Sonderbeschulung, Förderschwerpunkt: _____
- andere Probleme, nämlich: _____

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

(Für weitere Angaben benutzen Sie bitte ein Ergänzungsblatt!)

Bitte wenden

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 bei anderen Stellen** vorgestellt, untersucht oder behandelt?

Wenn ja, kreuzen Sie bitte 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, Zeugnisse 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 besprechen Sie die Anmeldung mit Ihrer/Ihrem überweisenden Ärztin / Arzt:

(Raum für Mitteilungen des Arztes / der Ärztin)

Praxisstempel oder Adresse überweisende Ärztin / Arzt
--

Email: _____ @ _____ Telefon: _____

Datum, Unterschrift Ärztin / Arzt: