



Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Direktorin: Prof. Dr. Jutta Gärtner

Sozialpädiatrisches Zentrum
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
37099 Göttingen

Sozialpädiatrisches Zentrum
Ärztliche Leitung (kommissarisch):
Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Kettwig

37099 Göttingen Briefpostadresse
Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
Hausadresse

Anmeldung
0551 / 39-69099 Telefon
0551 / 39-69109 Telefax

Sekretariat
0551 / 39-69100 Telefon
0551 / 39-69109 Telefax
spz@med.uni-goettingen.de

Liebe Eltern,

vielen Dank für die Anmeldung Ihres Kindes im SPZ Göttingen. Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen sorgfältig und vollständig aus. Ihre Angaben erleichtern uns die Abstimmung der Untersuchungstermine. Sofern erforderlich, bitten Sie Ihre\*n behandelnde\*n Kinderärzt\*in um Mithilfe beim Ausfüllen.

Angaben zum Kind

Name, Vorname(n):
Geschlecht: [ ] männlich [ ] weiblich [ ] divers Geburtsdatum:
Geburtsort: Staatsangehörigkeit:
Postleitzahl: Wohnort:
Straße und Hausnr.:
Krankenkasse: [ ] gesetzlich [ ] privat [ ] Sozialamt (siehe Seite 4)
Pflegegrad: Grad der Behinderung (GdB): Merkzeichen:
Kindergarten/Schule: Klasse:

Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten

[ ] leibliches Elternteil [ ] Pflegemutter [ ] Stiefmutter
Name, Vorname der Mutter:
Staatsangehörigkeit: Geburtsdatum:
Telefon: Mobiltelefon:
Beruf: Email:
Anschrift (sofern abweichend vom Kind):

leibliches Elternteil  Pflegevater  Stiefvater

Name, Vorname des **Vaters**: .....

Staatsangehörigkeit:.....Geburtsdatum: .....

Telefon: ..... Mobiltelefon: .....

Beruf: .....Email: .....

Anschrift (sofern abweichend vom Kind): .....

.....

Weitere Bezugsperson: .....

Telefon: ..... Mobiltelefon:.....

Email: .....

Anschrift (sofern abweichend vom Kind): .....

.....

In welcher Verbindung stehen Sie zu dem/der Patient\*in.....

Gibt es eine Person, die Ihre Familie unterstützt (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe, qualifizierte Assistenz, gesetzliche Betreuung):

Name, Vorname: .....

Telefon: ..... Mobiltelefon:.....

Email: .....

**Angaben zu den Geschwistern**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule/Kindergarten	Erkrankungen	Im SPZ betreut

Welche Sprache(n) wird/werden überwiegend in Ihrer Familie gesprochen? .....

**Wenn Sie nicht deutsch- oder englischsprachig sind, bringen Sie bitte eine\*n Dolmetscher\*in mit, der/die Sie zu Ihrem SPZ-Termin begleitet!**

Wer hat Ihnen geraten, zu uns zu kommen?

.....

**Anmeldegrund** (Mehrfachnennungen sind möglich):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Zerebrale Anfälle)      | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen                          |
| <input type="checkbox"/> Regulationsstörung im Säuglingsalter   | <input type="checkbox"/> Unklare neurologische Erkrankung            |
| <input type="checkbox"/> Motorische Entwicklungsverzögerung     | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung                      |
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsverzögerung          | <input type="checkbox"/> Muskelerkrankung                            |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (Fettleibigkeit)            | <input type="checkbox"/> Verhaltensstörung/Verhaltensauffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> Genetisch bedingte Erkrankung          | <input type="checkbox"/> Zerebralparese                              |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit Konzentration u. Ausdauer | <input type="checkbox"/> Mehrfachbehinderung                         |
- Schulprobleme: .....
- .....

**Vorgeschichte**

Kommen Sie wegen einer neu aufgetretenen Störung oder Erkrankung? Falls ja, welche?

.....

.....

Besteht bei Ihrem Kind eine chronische Erkrankung/eine Behinderung? Falls ja, welcher Art?

.....

.....

Erhält ihr Kind regelmäßig Medikamente? Falls ja, welche?

.....

.....

Wurde schon einmal ein Hörtest durchgeführt?  durch HNO-Ärzt\*in  durch Kinderärzt\*in  nein

Wurde schon einmal ein Sehtest durchgeführt?  durch Augenärzt\*in  durch Kinderärzt\*in  nein

Trägt Ihr Kind eine Brille?  ja  nein

Gab/gibt es schon Therapien, Fördermaßnahmen oder Behandlungen für Ihr Kind?

Art der Maßnahme	Zeitraum
<input type="checkbox"/> Frühförderung	
<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum	
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater*in	
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychotherapeut*in	
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
<input type="checkbox"/> Logopädie	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Aktuelles Gewicht Ihres Kindes: .....kg

Aktuelle Körpergröße: .....cm

## Entwicklung des Kindes

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft oder der Geburt? Falls ja, welche?

.....

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? .....

Geburtsmaße: Gewicht: .....g                      Länge: ..... cm                      Kopfumfang: ..... cm

Gab es Probleme während der Säuglingszeit des Kindes? Falls ja, welche?

.....

Gab es Ernährungsschwierigkeiten? Falls ja, inwiefern?

.....

Wann konnte Ihr Kind selbständig sitzen: ..... frei laufen: .....

erste Worte sprechen: ..... erste Sätze sprechen: .....

ohne Windeln auskommen:  tags .....  nachts .....

**Datum:** .....

**Unterschrift:** .....

### Wichtiger Hinweis!

Bitte bringen Sie bereits vorhandene Berichte und Befunde aus früheren Untersuchungen zur Vorstellung Ihres Kindes im SPZ mit:

- Medizinische Unterlagen: gelbes Untersuchungsheft, Arztbriefe, Röntgen- oder Kernspin-Bilder
- Berichte von Therapeut\*innen: Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie
- Berichte aus Kindergarten und/oder Schule: z.B. Frühförderberichte, Entwicklungsberichte, Fördergutachten, Zeugnisse

Bitte beachten Sie, dass wir Ihr Kind in unserem SPZ nur dann betreuen können, wenn Sie bei der ersten Vorstellung und zu jedem neuen Quartal eine **fachärztliche Überweisung** vorlegen vom:

**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin *oder***  
**Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie *oder***  
**Facharzt für Neurologie *oder***  
**Facharzt für Orthopädie *oder***  
**anderes Sozialpädiatrisches Zentrum.**

**Bitte legen Sie bereits diesem Anmeldebogen eine solche Überweisung bei.**

**Ohne gültigen Überweisungsschein werden wir keine Termine in unserem SPZ anbieten können.**

Wir bitten um Ihr Verständnis.

Eltern mit einem privatversicherten Kind empfehlen wir, die Kostenübernahme für die Behandlung in unserem SPZ bereits im Vorfeld mit der Krankenversicherung zu klären.

Die Kostenübernahme des Sozialamtes ist vorab zu beantragen.

Das zuständige Sozialamt ist: .....

**Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter:**

<https://www.umg.eu/patienten-besucher/ihr-aufenthalt/behandlungsvertrag/>

Mit freundlichen Grüßen

Ihr SPZ-Team