

Sozialpädiatrisches Zentrum Konstanz

Anmeldeformular (für Eltern und Zuweiser)

**Bitte übermitteln Sie das vollständig ausgefüllte Formular postalisch oder per Fax an:
SPZ Konstanz, Luisenstraße 7b, 78464 Konstanz, Fax +49 7531 801-1689**

Durch ELTERN bzw. Sorgeberechtigte auszufüllen	Patient				
	Name, Vorname		Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	
	Wohnadresse				
	Landkreis	<input type="checkbox"/> KN <input type="checkbox"/> TUT <input type="checkbox"/> SIG <input type="checkbox"/> FN <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> WT <input type="checkbox"/> RW <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> Sonstiger			
	Versichertenstatus	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Sozialamt Asyl			
	Frühere Vorstellung im SPZ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Geschwisterkind			
	Sorgerecht liegt bei	<input type="checkbox"/> Eltern gemeinsam <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Adoptiveltern <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Sonstige			
	Eltern leben	<input type="checkbox"/> zusammen <input type="checkbox"/> getrennt			
	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Adoptiveltern <input type="checkbox"/> Vormund (Zutreffendes bitte ankreuzen)				
	Namen				
	Postadressen	<input type="checkbox"/> wie Wohnadresse Kind <input type="checkbox"/> abweichend:		<input type="checkbox"/> wie Wohnadresse Kind <input type="checkbox"/> abweichend:	
	Festnetz				
	Mobil				
	E-Mail				
	Auffälligkeiten/Probleme beim Kind in folgenden Bereichen (Mehrfachnennung möglich)				
<input type="checkbox"/> Allgemeine Entwicklung <input type="checkbox"/> Hören <input type="checkbox"/> Wachstum/Fehlbildungen <input type="checkbox"/> Emotionen <input type="checkbox"/> Bewegung/Motorik <input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/> Schlafen/Schreien <input type="checkbox"/> Verhalten <input type="checkbox"/> Handgeschicklichkeit <input type="checkbox"/> Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Essen/Füttern <input type="checkbox"/> Konzentration/Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> Sprache/Sprechen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten <input type="checkbox"/> Schulische Leistungen					
Hierzu gleichzeitig angemeldete/aktuell laufende Untersuchungen					
<input type="checkbox"/> Frühförderstelle <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Schulpsychologie <input type="checkbox"/> Anderes SPZ <input type="checkbox"/> Ärzte/med. Einrichtungen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige					
Hiermit bestätige ich, dass alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung im SPZ einverstanden sind.					
Ich bin <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Datum/Unterschrift(en)					

Durch ZUWEISER auszufüllen	Relevante Diagnosen <input type="checkbox"/> Siehe Überweisungsschein	
	Fragestellung/Auftrag (konkret) <input type="checkbox"/> Siehe Überweisungsschein <input type="checkbox"/> Telefonisch besprochen am/mit: <input type="checkbox"/> Siehe Bericht/Mail an/vom:	
	Vorbefunde (bitte übersenden)	<input type="checkbox"/> Hörbefund <input type="checkbox"/> Sehbefund <input type="checkbox"/> Sonstige:
	Besondere Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. kurze Begründung:
	Telefonische Rücksprache erwünscht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vor Ersttermin <input type="checkbox"/> nach Ersttermin <input type="checkbox"/> nach Abschluss
	Infoblatt SPZ an Eltern ausgehändigt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Dolmetscher notwendig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bei ja, bitte durch Eltern organisieren lassen)
	Datum/Praxisstempel	Bemerkungen