

Anmeldebogen SPZ

Liebe Eltern oder Betreuer! Bitte füllen Sie den Anmeldebogen so vollständig wie möglich aus.

■ Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geb. Datum: _____ Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit (Kind): _____ Geschlecht: weiblich männlich

Wohnadresse | Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenkasse: _____

Andere (Sozialamt, etc.): _____

Kostenzusage liegt vor Kostenzusage wurde beantragt

Hauptversicherter: _____

Aufenthaltsstatus: _____

Kind lebt bei beiden Eltern Vater Mutter Andere: _____

Sorgerecht: Vater Mutter Beide Andere: _____

Gesundheitsfürsorge: _____ Aufenthaltsbestimmungsrecht: _____

andere Anteile? _____ Besonderheiten | Hinweise: _____

■ Angaben zur Mutter

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geb. Datum: _____ Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Wohnadresse (falls abweichend von oben) | Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Beruf (erlernt): _____ Beruf (ausgeübt): _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

■ Angaben zum Vater

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geb. Datum: _____ Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Wohnadresse (falls abweichend von oben) | Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Beruf (erlernt): _____ Beruf (ausgeübt): _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Elternstatus: zusammen lebend verheiratet getrennt geschieden verwitwet allein erziehend

Pflegeeltern: dem Kind bekannt nicht bekannt Anonyme Unterbringung | Inkognitopflege

Adoptiveltern: dem Kind bekannt nicht bekannt Anonyme Unterbringung

Heimunterbringung | Wohneinrichtung: _____

■ In Falle institutioneller Unterbringung o. Jugendhilfe-Vorgang

Vormund: _____

Nachweis(e) | Vollmacht(en): liegen in Kopie bei werden zur Erstvorstellung mitgebracht

Adresse: _____

Fon: _____ E-Mail: _____

Jugendamt: _____ Ansprechpartner: _____

Fon: _____ E-Mail: _____

Andere wichtige Kontaktpersonen: SPFH FUD Kinderkrankenpflagedienst

Ansprechpartner: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

■ Anamnestische Angaben zum Kind

Kindertagesstätte: Name: _____

Schule: Name: _____

Integrationshelfer | Schullassistentz Inklusionskind

Schulischer Förderschwerpunkt ,wenn ja, welcher: _____

Aktuelle Therapien: Physiotherapie Ergotherapie Logopädie Heilpädagogik
 Psychotherapie Frühförderung | IFF

Schwerbehindertenausweis (GdB): _____ Merkzeichen: _____ Pflegegrad: _____

Frühere Vorstellung: in unserem SPZ in einem anderen SPZ _____
 IFF (interdisziplinäre Frühförderstelle) Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Geschwisterkind in unserem SPZ bekannt?

Name: _____ Geb.-Datum: _____

■ Anlass

Was führt Sie zu uns? (eigene Worte | Stichworte)

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? Mutter Vater andere: _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten!

Bitte vom zuweisendem Arzt | Ärztin ausfüllen lassen!

Handelt es sich um: Neuvorstellung Wiedervorstellung

Fragestellung und weitere Anmerkungen:

„Zustimmung“ Kinderarzt | Kinder- und Jugendpsychiater mit Stempel und Unterschrift: