

# Liebe Eltern / Sorgeberechtigte / Betreuer\*innen,

1. Das Anmeldeformular bitte so vollständig wie möglich ausfüllen.
2. Beachten Sie: Die Anmeldung für Ihr Kind kann nur bearbeitet werden, wenn Stempel und Unterschrift der/s überweisenden Ärztin/Arztes auf der letzten Seite vorhanden sind. (Nicht gültig für Privatversicherte)
3. Anmeldeformular ans SPZ senden:  
  
per Mail: [spz@contilia.de](mailto:spz@contilia.de)  
  
oder  
  
per Fax: 0201 897-4709  
  
oder  
  
per Post: SPZ-Elisabeth-Krankenhaus  
Klara-Kopp-Weg 1  
45138 Essen
4. Nach Eingang des Anmeldebogens beginnt die Wartezeit für den Vorstellungstermin, die je nach Problematik und Auftrag mehrere Monate lang sein kann. Vertrauen Sie darauf, dass wir Ihr Kind im Blick haben und verzichten bitte auf zusätzliches Nachfragen.
5. Sobald Sie einen Terminvorschlag erhalten haben, geben Sie uns bitte eine Rückmeldung und beachten das angegebene Zeitfenster!
6. Informieren Sie uns rechtzeitig, wenn Sie den Termin nicht wahrnehmen können.
7. Zum ersten Termin bitte Folgendes mitbringen:
  - Überweisungsschein
  - Krankenkassen-Karte
  - das gelbe Untersuchungsheft
  - vorliegende Befunde / Therapieberichte
  - Hilfsmittel von ihrem Kind (Brille, Hörgeräte, Orthesen usw.)

Vielen Dank für ihre Mitarbeit und Verständnis  
Ihr SPZ-Team

Für das Wichtige. Im Leben.

# Anmeldebogen SPZ

Bitte mit Kugelschreiber in Druckbuchstaben ausfüllen.

Datum: \_\_\_\_\_

## ■ Kontaktdaten für die Terminabsprache

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

## ■ Angaben zum Kind

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit (Kind): \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Wohnadresse | Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Andere (Sozialamt, etc.): \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus: \_\_\_\_\_

Kind lebt bei  beiden Eltern  Vater  Mutter  Andere: \_\_\_\_\_

Sorgerecht:  Vater  Mutter  Beide  Andere: \_\_\_\_\_

Gesundheitsfürsorge: \_\_\_\_\_ Aufenthaltsbestimmungsrecht: \_\_\_\_\_

andere Anteile? \_\_\_\_\_ Besonderheiten | Hinweise: \_\_\_\_\_

### ■ Angaben zur leiblichen Mutter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

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

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Beruf (erlernt): \_\_\_\_\_ Beruf (ausgeübt): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### ■ Angaben zum leiblichen Vater

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

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

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Beruf (erlernt): \_\_\_\_\_ Beruf (ausgeübt): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Elternstatus:**  zusammen lebend  verheiratet  getrennt  geschieden  verwitwet  allein erziehend

### ■ Bei Fremdunterbringung (Pflege-/Adoptivfamilie) / institutioneller Unterbringung oder Jugendhilfe-Vorgang

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Pflegeeltern:**  dem Kind bekannt  nicht bekannt  Anonyme Unterbringung | Inkognitopflege

**Adoptiveltern:**  dem Kind bekannt  nicht bekannt  Anonyme Unterbringung

Vormund: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Jugendamt: \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Andere wichtige Kontaktpersonen:  SPFH  FUD  Kinderkrankenpflagedienst

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### ■ Weitere Informationen zum Kind

Kindertagesstätte:  Name: \_\_\_\_\_

Schule:  Name: \_\_\_\_\_

Integrationshelfer | Schullassistentz  Inklusionskind

Schulischer Förderschwerpunkt  ,wenn ja, welcher: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Therapien:**  Physiotherapie  Ergotherapie  Logopädie  Heilpädagogik  
 Psychotherapie  interdisziplinäre 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? \_\_\_\_\_

### ■ 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 Datum, Stempel und Unterschrift:

Bitte den ausgefüllten Anmeldebogen per Post ans SPZ schicken oder faxen:

SPZ | Elisabeth-Krankenhaus Essen | Klara-Kopp-Weg 1 | 45138 Essen | Fax 0201 897-4709

Für das Wichtige. Im Leben.