Sozialpädiatrisches Zentrum

Contilia

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

   oder

   per Fax: 0201 897-4709

   oder

   per Post: SPZ | Elisabeth-Krankenhaus Essen
   Huttropstraße 45
   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

Sozialpädiatrisches Zentrum Contilia

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 ☐ Kinderkrankenpflegedienst

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Sozialpädiatrisches Zentrum Contilia

Weitere Informationen zum Kind

Kindertagesstätte: ☐ Name: _____

Schule: ☐ Name: _____
☐ Integrationshelfer | Schulassistenz ☐ Inklusionskind

Schulischer Förderschwerpunk ☐ ,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 | Huttropstraße 45 | 45138 Essen | Fax 0201 897-4709