


Aus welchem Grund soll Ihr Kind bei uns vorgestellt werden?

Seit wann besteht die Problematik? _____

Wer hat Ihnen empfohlen, Ihr Kind bei uns vorzustellen?

Wurde das Kind oder ein Geschwisterkind bereits einmal in unserem SPZ vorgestellt?
 nein ja, und zwar _____

**Wurde Ihr Kind in der Vergangenheit bereits woanders untersucht oder behandelt?
 Wenn ja bei wem, wann und warum?**

Bitte bringen Sie in jedem Fall Kopien wichtiger Berichte zum Erstgespräch mit!
**Leidet Ihr Kind unter chronischen Erkrankungen oder Behinderungen? (besonders in den Bereichen: Gehirn, Nerven/ Muskeln, Sinnesorgane, Körperbau und Wachstum)
 Wenn ja, welche?**

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein oder benötigt es spezielle Hilfsmittel?

Gibt es besondere Erkrankungen oder Behinderungen in der Familie?

beim Vater, der väterlichen Familie: _____

bei der Mutter, der mütterlichen Familie: _____

bei Geschwistern: _____

Gab oder gibt es aus Ihrer Sicht Belastungen/ Probleme in der Familie, die die Entwicklung Ihres Kindes beeinflusst haben könnten? _____

Angaben zur Entwicklung des Kindes:
Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten oder Probleme?

Geburt: In der wievielten Schwangerschaftswoche war die Geburt? _____

Geburtsgewicht: _____ Größe: _____ Kopfumfang: _____

Gab es Besonderheiten/ Probleme bei der Geburt? _____

Gab es Besonderheiten/ Probleme in der Neugeborenenzeit bzw. im ersten Lebensmonat?



Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindesalter: (Geburt bis 3 Jahre)

Gab es Probleme in folgenden Bereichen:

<input type="checkbox"/> Schlafen	<input type="checkbox"/> Essen /Verdauung
<input type="checkbox"/> Motorik	<input type="checkbox"/> Hören oder Sehen
<input type="checkbox"/> Übermäßiges Schreien	<input type="checkbox"/> Verhalten

Wann zeigte Ihr Kind erstmals folgende Entwicklungsschritte?

Gab es Auffälligkeiten/ Probleme?

Sitzen	mit _____ Monaten	
Krabbeln	mit _____ Monaten	
Freies Laufen	mit _____ Monaten	
Erste Worte	mit _____ Monaten	
2-Wort Sätze	mit _____ Monaten	
Trocken tagsüber	mit _____ Monaten /Jahren	
Trocken nachts	mit _____ Monaten/ Jahren	
Sauber	mit _____ Monaten/ Jahren	

Welche Sprache(n) spricht Ihr Kind? _____

Welche Sprache hat Ihr Kind als erstes erlernt? _____

Welche Sprache wird in der Familie gesprochen? _____

Gab es Auffälligkeiten bei den Vorsorgeuntersuchungen?

nein ja, und zwar _____

(Bitte in jedem Fall das gelbe Kinderuntersuchungsheft mitbringen!!)

Wann und wo wurde bei Ihrem Kind zuletzt das Sehen und Hören untersucht? Mit welchem Ergebnis?

	Wann:	Wo:	Ergebnis:
Hören:			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> auffällig:
Sehen:			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> auffällig:

Wie ist die Entwicklung im Kindergarten verlaufen?

Wie ist die Entwicklung in der Schule verlaufen?

Welche Schule und welche Klasse besucht Ihr Kind zurzeit?

Schule: _____ Klasse: _____

Wie sind die gegenwärtigen Leistungen? _____

Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns im Vorfeld mitteilen möchten?



Erklärung der Sorgeberechtigten

1. Wir wünschen eine Untersuchung des Kindes _____ im SPZ in Dinslaken.

2. Wir willigen ein, dass die Untersuchungsbefunde an den überweisenden Kinderarzt übersandt werden.

3. Hiermit entbinde ich das SPZ Dinslaken von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für den unverschlüsselten Versand von E-Mails von dieser Praxis an meine E-Mail-Adresse erforderlich ist. Es werden grundsätzlich keine Befunde oder Arztbriefe per E-Mail versendet sondern nur Terminvereinbarungen o.ä. Meine E-Mail-Adresse wird ausschließlich zum Zweck der Verarbeitung und Übermittlung der E-Mails von meinem behandelnden Arzt/Psychologen/Therapeuten/MFA an meine E-Mail-Adresse verwendet. Eine Weitergabe meiner E-Mail-Adresse an Dritte erfolgt nicht. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich bei meinem behandelnden Arzt, welcher die E-Mail-Kommunikation nutzt, mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile, außer dass ich die E-Mail-Kommunikation mit dem SPZ Dinslaken nicht nutzen kann

(nicht zutreffendes /gewünschtes bitte streichen)

Unterschrift aller Sorgeberechtigten:

Datum, Ort _____

Mutter _____ Vater _____

Ggf. anderer Sorgeberechtigter _____

Bitte beachten!

Bei **gesetzlich Krankenversicherten** können wir Ihr Kind nur dann untersuchen, wenn ihre Kinderärztin/ihr Kinderarzt das befürwortet **und** eine **Überweisung** für das SPZ ausstellt. Bitte sprechen Sie deswegen mit ihr/ihm und bitten darum, den unteren Abschnitt auszufüllen und zu unterschreiben.

Bei **privat Krankenversicherten** bitten wir, sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung zu setzen und die Kostenübernahme zu klären, ob und unter welchen Voraussetzungen Sie die Kosten durch die Krankenkasse/Beihilfe erstattet bekommen. Gemäß einem Vertrag mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen rechnen wir unsere Leistungen entsprechend der mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Pauschale pro Quartal ab. Auf Ihren Wunsch werden Ihrem Kinderarzt ebenfalls die Untersuchungsbefunde zugesandt.

Selbstzahler benötigen keine Überweisung, die Abrechnung erfolgt analog der Regelungen für privat Krankenversicherte.

Von der Kinderärztin /dem Kinderarzt auszufüllen!

Mit einer Vorstellung des o.g. Kindes im SPZ Dinslaken bin ich einverstanden und werde entsprechende Überweisungen ausstellen.

Ich habe zusätzlich folgende Anmerkungen oder Fragestellungen:

Datum

Unterschrift

Praxisstempel