

## Anmeldebogen

### CJD Hochfranken – Sozialpädiatrisches Zentrum

Chefärztin: Dr. med. Susanne Schilbach  
Tel.: 09281 9720 - 201  
Fax: 09281 9720 - 200  
E-Mail: spz-hochfranken@cjd.de  
www.cjd-hochfranken.de

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,  
Im Rahmen der Anmeldung Ihres Kindes am SPZ Hochfranken bitten wir Sie im Folgenden einige Fragen zu Ihrem Kind zu beantworten.

Sobald Ihr Fragebogen bei uns **abgestempelt vom Kinderarzt** eingegangen ist, senden wir Ihnen die Termine ihres Kindes per Post zu.

Die Termine laufen in der Regel wie folgt ab:

- ärztliche und psychologische Eingangsuntersuchung
- weitere Untersuchungen zur Diagnostik (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie)
- ärztlicher Abschlusstermin

#### **Allgemeine Informationen:**

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zum ersten Termin mit:

- Überweisungsschein ihres Kinderarztes („Überweisung an SPZ“ mit Verdachtsdiagnose des Kinderarztes)
- Versichertenkarte
- Vorsorgeheft (gelbes U-Heft)
- Impfpass
- Berichte bisheriger Untersuchungen/Behandlungen (Gutachten, Laborbefunde, etc.)
- Schulzeugnisse

#### Träger:

Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands  
gemeinnütziger e.V. (CJD) · 73061 Ebersbach  
Teckstraße 23 · cjd@cjd.de · www.cjd.de

Vorstand: Oliver Stier (Sprecher), Samuel Breisacher,  
Petra Densborn, Anke Schulz, Herwarth von Plate  
Vereinsregister Berlin Nr. 30118 B



**Zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem  
nach EN DIN ISO 9001:2015**  
CJD Berchtesgaden – Multiprofessionelles Zentrum  
für chronische Erkrankungen  
CJD Hochfranken – SPZ Hof

CJD Hochfranken – Sozialpädiatrisches Zentrum  
Sedanstraße 17 · 95028 Hof  
BSNR 657461000 · IK 500900485

CJD Berchtesgaden Buchenhöhe -  
Commerzbank AG Stuttgart  
BLZ 610 800 06 · Nr. 203 129 200  
IBAN: DE26 6108 0006 0203 1292 00  
BIC: DRESDEFF610

**Allgemeine Angaben:****Angaben zum Kind:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich Geb.-Datum: \_\_\_\_\_wohnhaft bei:  Eltern  Mutter  Vater  sonstiges: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

weitere Sprachen: \_\_\_\_\_

**Mutter des Kindes:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_ Handy-Nummer: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

sorgeberechtigt  ja  nein

Nationalität: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

weitere Sprachen: \_\_\_\_\_

**Vater des Kindes:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_ Handy-Nummer: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

sorgeberechtigt  ja  nein

Nationalität: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

weitere Sprachen: \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigte\*r**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

geb.am: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_ Handy-Nummer: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

weitere Sprachen: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Versicherung**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versich.Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

**Schule/Kindergarten**

Name: \_\_\_\_\_ Gruppe/Klasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_ Mailadresse: \_\_\_\_\_

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

**Überweisender Kinderarzt:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_

*Hier Stempel der Kinderarztpraxis*

Zusätzliche Angaben der Kinderarztpraxis:

\_\_\_\_\_

**weitere Ärzte/Therapeuten:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

**1. Wie (durch wen) wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam?**

---

---

---

---

---

---

---

**2. Welche Hilfen erwarten Sie von uns?**

---

---

---

---

---

---

---

**3. Welche Schwierigkeiten hat ihr Kind?**

3.1. Beeinträchtigungen bitte beschreiben (Verhaltensprobleme, emotionale Auffälligkeiten, Schulleistungsprobleme, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

3.2. Entwicklungsauffälligkeiten bitte beschreiben (Feinmotorik, Grobmotorik, Sprache, Wahrnehmung, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

3.3. Familiäre Belastungen bitte beschreiben

---

---

---

---

---

---

---

---

**4. Welche Hilfen hat ihr Kind bisher erhalten? (Ergotherapie, Logopädie, Heilpädagogik, etc.)**

---

---

---

---

---

---

---

---

## 5. Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_ Mehrlingsgeburt:  ja  nein

Komplikationen während der Schwangerschaft (wenn ja, welche?)

---

Komplikationen während der Geburt (wenn ja, welche?)

---

## 6. Platz für Ihre persönlichen Mitteilungen an uns (Sprachprobleme etc.):

---

---

---

---

---

---

---

## 7. Unterschrift des/der sorgeberechtigten Person/en

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im SPZ Hochfranken zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.

Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für den Patienten personen-/sorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaigen weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

---

*Datum und Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten/der Pflegeeltern;  
Stempel des Vormundes*

## 8. Nur bei Bearbeitung des Anmeldebogens durch eine dritte Person auszufüllen:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_ Handy-Nummer: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Beziehung zum angemeldeten Kind: \_\_\_\_\_

---