

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: _____
