



WIEDERVORSTELLUNG im KINDERZENTRUM PELZERHAKEN - AMBULANZ

Name des Kindes: weiblich männlich divers

Geburtsdatum:

Straße:

Geburtsort/Land:

Wohnort:

Email:

Telefon:

Krankenkasse:

Hat es Änderungen im Sorgerecht gegeben? ja nein
Wer hat aktuell das Sorgerecht für das Kind?

Mutter Vater Verwandte Pflegeeltern Amtsvormundschaft

Hat sich die Situation in Ihrer Familie zwischenzeitlich verändert, z.B. durch Geburt eines Geschwisterkindes, Partnertrennung, Umzug? Gibt es aktuell besondere Belastungen für Ihre Familie? Bitte geben Sie Stichworte an!

Bitte notieren Sie, welchen Kindergarten oder welche Schule Ihr Kind jetzt besucht. In welcher Klasse ist es? Hat es eine Klasse wiederholt?

Kita: Regelplatz Integrationsplatz Einzelbetreuung ... Std/Woche
Schule: SchulbegleitungStd/Woche Förderschwerpunkt:

Welche Therapien erhält Ihr Kind aktuell?

Frühförderung _____ Std/Woche Logopädie _____ Std/Woche
 Psychotherapie _____ Std/Woche Ergotherapie _____ Std/Woche
 Physiotherapie _____ Std/Woche

Pflegegrad _____, Schwerbehindertenausweis _____%, Merkzeichen _____

Welche Hilfsmittel hat Ihr Kind aktuell (Brille, Hörgeräte, Einlagen, Orthesen, Rollstuhl etc)?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell?

Bitte geben Sie an, welche Untersuchungen zwischenzeitlich gemacht wurden:

HNO/Pädaud.: _____, Datum: _____, Befund: _____

Augenarzt: _____, Datum: _____, Befund: _____

Blutwerte: _____, Datum: _____, Befund: _____

Humangenetik: _____, Datum: _____, Befund: _____

Orthopädie: _____, Datum: _____, Befund: _____

MRT: _____, Datum: _____, Befund: _____

Psychiatrie: _____, Datum: _____, Befund: _____

<p>Bitte besprechen Sie die Anmeldung für das Kinderzentrum mit dem Arzt Ihres Kindes und lassen Sie an dieser Stelle den Stempel der Praxis einsetzen:</p>	
<p>Bitte unbedingt vom <u>Arzt Ihres Kindes</u> ausfüllen lassen:</p> <p>Liebe Frau Kollegin, Lieber Herr Kollege, bitte teilen Sie uns an dieser Stelle die Gründe für die Überweisung sowie Ihre Wünsche und Erwartungen für die Vorstellung des oben genannten Kindes im Kinderzentrum mit.</p> <p>Halten Sie einen späteren stationären Aufenthalt im Kinderzentrum für erforderlich?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, wegen: _____ <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Bitte unterschreiben Sie nun als <u>Sorgeberechtigter</u> die Anmeldung Ihres Kindes:</p> <p>Ort, Datum: _____ Ihre Unterschrift: _____</p>	

Bitte bringen Sie zum Termin im Kinderzentrum folgende Unterlagen mit:

- * Versichertenkarte
- * Überweisungsschein mit „SPZ“
- * Mutterpass und Gelbes Vorsorgeheft Ihres Kindes, ggf. Schwerbehindertenausweis
- * Befunde vom Kinderarzt und allen weiteren Ärzten
- * Ergebnisse vom Augenarzt/ Brillenstärke und HNO-Arzt bzw. Pädaudiologen
- * Berichte von Therapeuten (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten)
- * Berichte aus Kindergarten oder Schule
- * alle Hilfsmittel wie Brillen, Hörgeräte, Einlagen, Orthesen usw.