

Anmeldebogen

Ausgefüllt von: _____ am: _____

Anzumeldendes Kind / Jugendlicher

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

PLZ / Wohnort: _____ Straße / Nr.: _____

Religion: _____

Krankenkasse / Versicherung

Name der Kasse: _____ Kassen Nr.: _____

Versichert über: _____

Sorgerecht Beide leibliche Eltern Nur die Mutter Nur der Vater Jugendamt Pflegeeltern

Mutter

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Wohnort: _____ Straße / Nr.: _____

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Vater

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Wohnort: _____ Straße / Nr.: _____

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Stiefeltern / Pflege- / Adoptiveltern

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____ Straße / Nr.: _____

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Andere (z.B. Jugendamt) _____

Name: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Anmeldegrund aus Sicht der Eltern und ggf. des Jugendlichen

Behandlungseinwilligung und Schweigepflichtentbindung

Wir sind (ich bin) sorgeberechtigt für _____

Wir sind (ich bin) einverstanden:

- mit der Behandlung (KJPP, SPZ, P-Ambulanz,)
- dass Befunde / Arztbriefe und Empfehlung zu meinem Kind eingeholt werden
- mit der Übersendung der Befundberichte an den überweisenden Arzt
- mit der Weiterleitung der Befunde / Befundberichte an die nachfolgenden Einrichtungen:
 - ▣ Kindergarten / Tagesstätte / Schule / Krankengymnastik / Heilpädagogik / Ergotherapie / Logopädie
 - ▣ Frühförderstelle / Beratungsstelle / Jugendamt / allg. sozialer Dienst
 - ▣ Sozialamt / Landschaftsverband / Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz / Kinderklinik / Tagesklinik / Station
 - ▣ Pflegeeltern / Jugendamt / Betreuer
 - ▣ Weitere: _____

(Bitte streichen Sie die Einrichtungen, für die dies nicht zutrifft!)

Ort: _____ Datum: _____

 Unterschrift Sorgeberechtigte
 (Mutter / Vormund)

 und Unterschrift Sorgberechtigter
 (Vater / Vormund)

ggf. Unterschrift Jugendlicher
 (über 14 Jahre)

Das SPZ kann Ihre Anmeldung nur annehmen, wenn der Kinder- und Jugendarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, oder Neurologe eine Überweisung ausstellt. Bitten Sie ihn, den folgenden Abschnitt auszufüllen und zu unterschreiben (+Praxisstempel)

Bitte vom zuweisenden Arzt ausfüllen lassen

Eine Diagnostik und (Mit-)Behandlung im SPZ halte ich aufgrund folgender Probleme / Diagnosen für erforderlich:

Datum

Unterschrift

Praxisstempel



Fragebogen zur Erstvorstellung

Ausgefüllt von: _____ Für (Kind / Jugendlicher): _____

am: _____ geb. am: _____ Alter: _____

Grund der Vorstellung:

Wer hat die Vorstellung im SPZ empfohlen? _____

Angaben zur Mutter:

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Schulabschluss: _____ Erlerner Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit Teilzeit

Angaben zum Vater:

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Schulabschluss: _____ Erlerner Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit Teilzeit

Stiefeltern / -teil:

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Schulabschluss: _____ Erlerner Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit Teilzeit

Situation der Familie:

Gemeinsame Erziehung durch die Eltern: ja nein Eltern sind verheiratet seit: _____

Eltern getrennt lebend seit: _____ Alleinerziehende Mutter: Alleinerziehender Vater:

Besuchskontakte: _____

Sorgerecht:

gemeinsam Mutter Vater

Vormund Wer/Seit wann: _____

Jugendamtsbetreuung: nein ja Wenn ja, seit wann: _____

Sachbearbeiter/in: _____ Maßnahme: _____



Geschwister:

Name	Geb. Datum	Schule / Ausbildung

Halb- / Stiefgeschwister:

Name	Geb. Datum	Schule / Ausbildung

Gesundheitliche Probleme / Belastungen innerhalb der Familie:

- körperliche / geistige Behinderung
- Lernstörung (z.B. Besuch einer Förderschule)
- Lese-Rechtschreibstörung, Rechenstörung
- Epilepsie, Bewegungsstörung
- Psychische Erkrankung (z.B. ADHS, Ängste, Depression, Essstörung, Zwangsstörung)
- Verhaltensstörung (z.B. Störung des Sozialverhaltens, Gesetzeskonflikte, Selbstmordversuch)
- Suchterkrankung (z.B. Alkohol, Drogen)
- chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Asthma, Mukoviscidose, Allergien)
- Tod eines nahen Familienangehörigen
- belastende Erlebnisse der Eltern
- finanzielle Nöte
- innerfamiliäre Beziehungsprobleme
- sonstiges: _____



Fragen zum Kind oder Jugendlichen

Schwangerschafts-Verlauf / Geburt:

Vorzeitige Wehen: ja nein Frühgeburt: ja nein Psychische Belastung: ja nein

Anderes (z.B. Rauchen, Medikamente): _____

Entwicklungsschritte:

Freies Laufen: _____ (mit Monat/Jahr) Erste Worte: _____ (mit Monat/Jahr)

(2-Wort-Sätze): _____ (mit Monat/Jahr)

Einkoten/Einnässen nach dem 5. Geburtstag: _____

Entwicklungsbesonderheiten? _____

Kindergarten:

Regelkindergarten Integrativkindergarten Heilpädagogischer Kindergarten

von: _____ bis: _____

Probleme im Verhalten: _____

Name und Tel. der KITA: _____

Schulbesuch:

Art und Name der Schule	von	bis

Tel. Nr. der aktuellen Schule: _____ Aktuelle Klasse: _____

Probleme: _____



Gesundheitliche Probleme/ Belastungen des Kindes/Jugendlichen

Bisherige Erkrankungen: _____

Unfälle / Gewalterlebnisse: _____

Regelmäßig verabreichte Medikamente _____

Hilfsmittel (z.B. Brille, Hörgerät etc.): _____

Sozialrechtliche Hilfen und Maßnahmen

Grad der Behinderung/Merkzeichen: _____ Pflegestufe: _____

Sonstiges _____

Krankenhausaufenthalte:

Name des Krankenhauses	Behandl. Zeitpunkt	Grund des Aufenthaltes

Bisherige Diagnostik / Beratung / Therapie:

(z.B.: Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie, Sprachtherapie, Erziehungsberatung, Jugendamt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie etc.)

Wer (Name oder Einrichtung):

Wann (Zeitraum der Behandlung):

Hörtest: nein ja, am _____

Sehtest: nein ja, am _____

Weitere medizinische Untersuchungen: _____

Ärztliche Leitung: Dr. med. Stephanie Boßerhoff
Stellv. Leitung: Markus Nehrke

Breslauer Straße 20, 46483 Wesel
Telefon: 0281-104-1670

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben Ihr Kind in Absprache mit Ihrem Kinder- und Jugendarzt zur Diagnostik und/oder Behandlung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) angemeldet.

Die Krankenkassen übernehmen die Finanzierung unserer Arbeit zum Überwiegenden Teil. Dies für die Leistungen von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Krankenschwestern.

Heilpädagogische und motopädische Leistungen sowie Sozialarbeit werden allerdings von den Kassen nicht getragen. Diese Behandlungsbereiche werden entweder vom Sozialamt finanziert (wenn es sich um überwiegend körperliche oder geistige Beeinträchtigungen/Behinderungen handelt), oder vom Jugendamt (wenn es sich um überwiegend seelische/psychische Beeinträchtigungen handelt).

Wir sind nun mit dem Sozialamt und Jugendamt überein gekommen, dass wir nicht jede einzelne Leistung oder Fördereinheit in Rechnung stellen, sondern zur Vereinfachung für jeden Patienten pro Quartal eine Pauschalsumme für unsere Arbeit erhalten.

Dafür ist es aber notwendig, dass Sie – wie alle, die sich zur Diagnostik und/oder Behandlung anmelden – den umseitigen Antrag ausfüllen.

Der Zuschuss vom Sozialamt oder Jugendamt wird unabhängig von Ihrem Einkommen gewährt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Stephanie Boßerhoff

Antrag

auf Übernahme der Kosten für ambulante heilpädagogische Behandlung nach den Sozialgesetzbüchern SGB VIII oder SGB XII im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) des Marien-Hospitals Wesel

	zu behandelndes Kind	Vater (leiblich)	Mutter (leiblich)
Name			
Vorname			
Straße, Hausnr.			
PLZ, Wohnort			
Geburtsdatum			
Staatsangehörigkeit			
Nur bei Ausländern - Aufenthaltsstatus			
Krankenkasse			
Sorgerecht liegt bei			

Ist das Kind eingeschult? nein ja Wenn ja, seit wann?

Ist die (drohende) psychische/körperliche/geistige Behinderung des Kindes Folge eines Unfalls, einer Schädigung durch Dritte, eines Impfschadens o. ä. nein ja

Ist das Kind ein **Pflegekind**? nein ja

Name und Adresse der aktuellen Pflegefamilie

Zuständiges Jugendamt

Wo war das Kind vor Einzug in den Haushalt der aktuellen Pflegefamilie wohnhaft?

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag in vollem Umfang der Wahrheit entsprechen. Ich erkläre mich ferner einverstanden, dass die aus Sozialhilfe-/Jugendhilfemitteln zu übernehmenden Beträge unmittelbar an das SPZ des Marien-Hospitals Wesel überwiesen werden. Einen Bescheid hierüber erwarte ich nicht.

Datum: _____

Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten

Stellungnahme des Sozialpädiatrischen Zentrums:

Bei dem oben genannten Kind ist eine Behandlung überwiegend wegen einer vorliegenden

seelischen (psychischen)

körperlichen oder geistigen

Behinderung bzw. einer entsprechenden drohenden Behinderung notwendig.

Diagnose: _____

Wesel, den _____

Dr. med. Stephanie Boßerhoff, Ärztliche Leiterin des SPZ