

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

Anmeldebogen

Ausgefüllt von: _____ am: _____

Anzumeldendes Kind / Jugendlicher

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

PLZ / Wohnort: _____ Straße / Nr.: _____

Religion: _____ Geschlecht: _____

Krankenkasse / Versicherung

Name der Kasse: _____ Kassen Nr: _____

Versichert über: _____

Sorgerecht Beide Eltern Nur die Mutter Nur der Vater Andere

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

Freiwillige Angabe: War Ihr Kind oder ein Geschwisterkind schon in unserer Abteilung in Behandlung?

Einwilligung zur Behandlung und elektronischen Datenerfassung

Wir sind (ich bin) sorgeberechtigt für _____

Wir sind (ich bin) einverstanden:

- mit der Behandlung (im Sozialpädiatrischen Zentrum Niederrhein, KJPP Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- mit der Übersendung der Befundberichte an den überweisenden Arzt mit der elektronischen
- Datenerfassung und Bearbeitung

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte **und** Unterschrift Sorgeberechtigter **ggf.** Unterschrift Jugendlicher
(Mutter / Vormund) (Vater / Vormund) (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



MHW-SPZ-2.1 FB
Entbindung von der Schweigepflicht und
Einwilligung zur Datenübermittlung

Wir möchten _____, für die/den Sie sorgeberechtigt sind, qualifiziert und sachgemäß betreuen. Insbesondere aus diesem Grunde möchten wir bei verschiedenen Stellen außerhalb des SPZ vertrauliche Informationen Ihr Kind betreffend erfragen oder an diese weitergeben. Mit dieser Entbindung von der Schweigepflicht und der Einwilligung zum Datenaustausch ermöglichen Sie uns das. Ein Austausch von Daten erfolgt immer nur in dem Umfang, der für den jeweiligen Zweck erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind gesetzlich verpflichtet die Vertraulichkeit aller ihnen bekanntgewordenen Informationen zu wahren. Bitte kreuzen Sie an, mit welchen Stellen wir Kontakt aufnehmen können.

X	Externe Stelle	Name und Anschrift
<input type="checkbox"/>	Frühförderstelle ^{s.1-5}	
<input type="checkbox"/>	KJPP ^{s. 1-5}	
<input type="checkbox"/>	Klinik für Kinder und Jugendmedizin ^{s. 1-3}	
<input type="checkbox"/>	Kinderarzt-/ärztin ^{s. 1-3}	
<input type="checkbox"/>	Therapeut/-in ^{s. 1 u. 3}	
<input type="checkbox"/>	Therapeut/-in ^{s.1 u. 3}	
<input type="checkbox"/>	Therapeut/-in ^{s.1 u. 32}	
<input type="checkbox"/>	Kindergarten/Hort ^{s.3}	
<input type="checkbox"/>	Schule ^{s.3}	
<input type="checkbox"/>	Gesundheitsamt ^{s.4}	
<input type="checkbox"/>	Jugendamt ^{s.5}	
1	Medizinische Befunde zur Vermeidung doppelter Untersuchungen und die Abstimmung der Förderung und Behandlung	
2	Informationen zu Krankenhausaufenthalten, Übergabe von Befunden zum Zwecke der Vermeidung doppelter Untersuchungen	
3	Informationen über die Entwicklung zwecks Abstimmung der Förderung und Behandlung	
4	Informationen über Schuleingangsuntersuchungen und die Entwicklung zwecks Abstimmung der Förderung und Behandlung	
5	Informationen bisherige Unterstützungsmaßnahmen zwecks Abstimmung der Förderung und Behandlung	

Grundsätzlich ist es für die eindeutige Identifikation Ihres Kindes in allen Fällen erforderlich, den Vor- und Nachnamen und das Geburtsdatum zu übermitteln.

Mit Ihrer Einwilligung erleichtern Sie uns die Betreuung, doppelte Untersuchungen Ihres Kindes können gegebenenfalls vermieden werden. Dies kann den Diagnostik- und Behandlungsprozess beschleunigen. Ohne Ihre Einwilligung sind Sie in der Verantwortung, die erforderlichen Stellungnahmen, Befunde oder Informationen bei Bedarf selber zu beschaffen und uns vorzulegen.

Diese Einwilligung gilt für die Dauer der Betreuung Ihres Kindes durch unsere Einrichtung und kann von Ihnen jederzeit und ohne eine Begründung widerrufen werden. Ein Widerruf gilt immer nur für zukünftige Übermittlungen und hat keine Wirkung auf bereits erfragte oder übermittelte Daten.

- Ich/Wir willigen in den oben beschriebenen Datenaustausch ein und entbinde(n) die mein/unser Kind betreuenden Mitarbeiter diesbezüglich von der Schweigepflicht.
- Nein, ich/wir willigen nicht ein und werden bei Bedarf die notwendigen Informationen selber beschaffen und den jeweiligen Stellen vorlegen.

Ort Datum _____

Alle Sorgeberechtigten _____

Jugendliche(r) über 14 Jahre _____

Fragebogen zur Erstvorstellung

Ausgefüllt von: _____ am: _____

Für (Kind / Jugendlicher): _____ geb. am: _____

Grund der Vorstellung

Aufgetretene Probleme (evtl. weiter auf Rückseite) _____

Seit wann besteht das Problem? _____

Wie erklären Sie sich die Problematik? _____

Wie reagiert das Kind/ das Umfeld / die Familie auf das Problem? _____

Situation der Familie (bei Pflege- oder Adoptiveltern bitte ankreuzen)

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

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

Besuchskontakte: _____

Angaben zur Mutter

Name: _____ Vorname: _____

Schulabschluss: _____ Erlerner Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit: Teilzeit:

Angaben zum Vater

Name: _____ Vorname: _____

Schulabschluss: _____ Erlerner Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit: Teilzeit:

Stiefeltern / -teil:

Name: _____ Vorname: _____

Schulabschluss: _____ Erlerner Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit: Teilzeit:

Geschwister:

Name	Geb. Datum	Schule / Ausbildung

Halb- / Stiefgeschwister:

Name	Geb. Datum	Schule / Ausbildung

Wichtige Erkrankungen der Geschwister / der Familie: _____

Besondere Belastungen für das Familienleben : _____

Besondere Unterstützung für das Familienleben: _____

Fragen zum Kind oder Jugendlichen

Schwangerschafts-Verlauf:

Vorzeitige Wehen: ja nein

Frühgeburt: ja nein

Psychische Belastung: ja nein

Anderes (z.B. Rauchen, Medikamente) _____

Geburt: (Vorsorgeheft)

Normalgeburt: ja nein

Kaiserschnitt: Saugglocke: Zange:

Gewicht: _____ Länge: _____ Kopfumfang: _____ Apgar-Index: _____

Verlauf der ersten 14 Tage: _____

Entwicklungsschritte:

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

(3-4-Wort-Sätze): _____ (mit Mo/Jahr)

Vollständig trocken: _____ (mit Mo/Jahr) Vollständig sauber: _____ (mit Mo/Jahr)

Entwicklungsbesonderheiten? _____

Kindergarten:

Regelkindergarten Integrativkindergarten Heilpädagogischer Kindergarten

von _____ bis _____

Besonderheiten im Verhalten: _____

Evtl. Name und Tel. der KITA: _____

Schulbesuch:

Ab: _____ Jahren; Vorschule? _____

Schulart	Klasse	Probleme

Schulbesuch:

Besonderheiten im Verhalten: _____

Evtl. Name und Tel. der Schule: _____

Gesundheitliche Probleme / Belastungen:

Chronische Krankheiten: _____

Unfälle / Gewalterlebnisse: _____

Dauerhafte Medikamente: _____

Sonstiges _____

Krankenhausaufenthalte:

Name des Krankenhauses	Behandl. Zeitpunkt	Grund des Aufenthaltes

Vorangegangene Diagnostik / Beratung / Therapie:

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

Wer (Name oder Einrichtung):	Wann (Zeitraum der Behandlung):
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Weitere Bemerkungen

