



**Klinikum
Braunschweig**

Städt. Klinikum Braunschweig gGmbH, SPZ, Holwedestr. 16, 38118 Braunschweig

Klinikum Braunschweig
-SPZ-
Holwedestr. 15/16
38118 Braunschweig

**Sozialpädiatrisches
Zentrum**

Holwedestr. 16
Dr. med. U. Frank
Tel.: (0531) 595 - 1236

Liebe Eltern,

dieser Anmeldebogen erleichtert es uns, Termine zur Untersuchung Ihres Kindes zu vergeben und auf die Mitarbeiter aufzuteilen. Wir vergeben Termine erst, wenn wir diesen Fragebogen mit der Unterschrift des behandelnden Arztes zurückerhalten haben.

Personalien Ihres Kindes

Name.....Vornamen.....Geburtsdatum.....

Postleitzahl.....Wohnort.....Straße.....

Krankenkasse

Sind Sie telefonisch an Werktagen zwischen 8:00 Uhr und 12:00 Uhr erreichbar?

Festnetz privat.....Festnetz dienstlich.....Mobiltelefon.....

Können wir Sie auch sehr schnell einbestellen? am gleichen Tag ? einen Tag vorher ?

Waren Sie mit einem anderen Kind schon mal bei uns? Wann, Name des Kindes?

Bitte beantworten Sie die weiteren Fragen auf der Rückseite.

Nur vom Arzt auszufüllen:

Kommentare, Fragestellungen, Dringlichkeit aus der Sicht des behandelnden Arztes:

.....
.....
.....
.....

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes:

Bei den folgenden Fragen sollten Sie sich von Ihrem behandelnden Arzt helfen lassen:

Kommen Sie wegen einer neu aufgetretenen Störung oder Krankheit? Ja, welche?.....

.....

Besteht bei Ihrem Kind eine chronische Krankheit? Ja, welche?.....

.....

Besteht bei Ihrem Kind eine Behinderung? Ja, welche Art?

.....

Besteht bei Ihrem Kind eine Entwicklungsstörung? Ja, welche?.....

.....

Sind Sie und Ihr Kind wegen der gleichen Erkrankung oder Entwicklungsstörung Ihres Kindes schon in den letzten 12 Monaten bei einer anderen Einrichtung behandelt und beraten worden?

(Zutreffendes bitte einkreisen)

Frühförderstelle

Heilpädagogischen Kindergarten

integrativer Kindergarten

Sprachheilkindergarten

Erziehungsberatungsstelle

Jugendamt

Kinder- und Jugendpsychiater

Krankenhaus

Anderes SPZ

Ergotherapie

Logopädie

Krankengymnastik

Psychotherapie

Nachhilfe

Kinderarzt

andere Fachärzte _____

Datum: Unterschrift