Anmeldebogen
zur Terminvergabe

Sozialpädiatrisches Zentrum
im Kinderzentrum Mecklenburg

Alle Angaben werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt.
Die Terminvergabe erfolgt nach Rücksendung des Anmeldebogens.

Name:			Vorname:	
Geburtsdatum:		Geschlecht:	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Aktuelle Wohnanschrift:	Straße, Hausnr.:			
	PLZ, Wohnort:			
Ansprechperson:	Name, Vorname:			
	Telefonnummer:			
	E-Mail-Adresse:			

Das Kind ist versichert über: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ selbst ☐ andere: ……
in der/im ☐ gesetzlichen KV ☐ privaten Krankenversicherung ☐ Sozialamt

Das Sorgerecht für das Kind hat:	☐ Mutter ☐ Vater ☐ Mutter und Vater ☐ andere: ……	
	Name	
	Anschrift	
	Telefon	
Ansprechperson für Gesundheitsfragen:	☐ Sorgeberechtigte ☐ andere: ……..	
Das Kind lebt bei:		
Gibt es eine Familienhilfe?	☐ nein	☐ ja, wer, welcher Träger?
Gibt es einen Vormund?	☐ nein	☐ ja, wer?
Waren bereits Geschwister im SPZ?	☐ nein	☐ ja, wer?
Befindet sich das Kind in einer Therapie bzw. in Fördermaßnahmen?	☐ nein	☐ ja, welche?
Welche Einrichtung besucht das Kind?	☐ keine ☐ KiTa ☐ Schule ☐ andere …….. ☐ Gibt es Besonderheiten (z.B. Lernschwierigkeiten, Besuch Förderschule)	
Was ist Ihr Haupt-anliegen an das SPZ?		
Datum	Unterschrift sorgeberechtigte Personen	

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung / Versicherten-Nr. / Status Betriebsstätten-Nr. / Arzt-Nr. / Datum	**Auszufüllen von zuständiger/em** **Kinderärztin/-arzt oder Hausärztin/-arzt** **(Ohne einen gültigen Überweisungsschein kann die Anmeldung nicht entgegengenommen werden. Bitte den Überweisungsschein möglichst bereits jetzt im Original beifügen.)**

Fragestellung an das SPZ Mecklenburg:

☐ Sprachentwicklung	☐ Konzentration	☐ Orthesen
☐ Motorische Entwicklung	☐ Hyperaktivität	☐ Hilfsmittel
☐ Globale Entwicklungsstörung	☐ Autismus	
☐ Bewegungsstörung	☐ Emotionale Auffälligkeiten	
☐ Neuromuskuläre Erkrankung	☐ Sozialverhalten	
☐ Syndromale Erkrankung	☐ Regulationsschwierigkeiten	
☐ Kopfschmerzen/Migräne	☐ Frühgeborenennachsorge	
☐ Adipositas	☐ Sonstiges:	

Konkrete Fragestellung an das SPZ:

Anmerkungen/weitere Ergänzungen:

Vorbefunde:
☐ nein
☐ ja, bitte Vorbefunde mitgeben.

Liegt eine Sprachbarriere vor?
☐ nein
☐ ja, Muttersprache: ……..
☐ Sprachmittlung wird benötigt.

Wer empfiehlt die Anmeldung im SPZ: …….

Eilig, weil: ……

…… Datum	Praxisstempel	…… Unterschrift Arzt/Ärztin

Wird vom SPZ ausgefüllt:	
Zuordnung:	**Termin am:**
Fragebogen & Termin verschickt am:	