



## ANMELDUNG FÜR DIE AMBULANTE VORSTELLUNG IM SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTRUM PELZERHAKEN

Nachname des Kindes:	Vorname:
Geburtsdatum:	Krankenkasse:
Straße:	PLZ/Ort:
Wer hat das Sorgerecht?	
Telefon:	Mobiltelefon:
E-mail:	

Geschwister des Kindes, Vollgeschwister (V), Halbgeschwister (H), Stiefgeschwister (S), Pflegegeschwister (P), bitte ankreuzen

Geschwister:	Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Im Kinderzentrum bekannt:
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Weshalb kommen Sie zu uns und was sind Ihre Erwartungen?

Wer hat die Vorstellung im Kinderzentrum veranlasst?	
Wer betreut Ihr Kind kinderärztlich bzw. hausärztlich?	
Bitte besprechen Sie die Anmeldung mit dem Arzt Ihres Kindes und lassen Sie an dieser Stelle den Stempel der Praxis einsetzen.	<b>PRAXISSTEMPEL</b>

Liebe Frau Kollegin, lieber Herr Kollege,

bitte teilen Sie uns an dieser Stelle die Gründe für die Überweisung sowie Ihre Wünsche/Erwartungen für die Vorstellung des o.g. Kindes im Kinderzentrum mit.

Dankbar sind wir für die Mitgabe von Vorberichten bzw. Laborwerten.

Halten Sie einen späteren stationären Aufenthalt im Kinderzentrum für erforderlich?

Ja  Nein

Besonderheiten in der Schwangerschaft:

Geburt in der Schwangerschaftswoche | Besonderheiten bei der Geburt

Gewicht Gramm | Länge cm | Kopfumfang cm | Apgar pH Wert

Meilensteine der Entwicklung (Zeitpunkte in Lebensmonaten)

Freies Laufen Erste sinnvolle Worte Blasenkontrolle am Tag

Gab es in der Entwicklung Auffälligkeiten?

Hatte Ihr Kind in der Vorgeschichte schwere Erkrankungen, Operationen oder Unfälle?

Welchen Kindergarten / welche Schule besucht Ihr Kind?

Gibt es Probleme / Belastungen in der Familie oder im sozialen Umfeld?

Wurden in der Vergangenheit bereits medizinische / psychologische Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja, wann, wo und welche?

Therapien und Förderungen, bitte mit Ansprechpartnern und Kontaktdaten


Erhält Ihr Kind:

Medikamente (Name und Dosierung):	Hilfsmittel:	Besondere Ernährung::

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung und Behandlung im Kinderzentrum Pelzerhaken einverstanden sind

Ort, Datum

Unterschrift eines Sorgeberechtigten (Bitte Namen zusätzlich in Druckbuchstaben)