



Städtisches Klinikum Solingen gemeinnützige GmbH
Gotenstraße 1 · 42653 Solingen

AKADEMISCHES
LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT KÖLN

ZENTRUM FÜR KINDER UND
JUGENDLICHE
Chefarzt Dr. med. S. Propson

Sozialpädiatrisches Zentrum
Leitung: Frau Dr. med. R. Klaeren

Gebäude
Telefon
Sekretariat
Telefax
E-Mail

Haus D, 1. Etage
0212 - 547-0
0212 - 547-2060
0212 - 547-2017
spz@klinikumsolingen.de

Ihr Schreiben vom

Ihr Zeichen

Zeichen

Datum

Sehr geehrte Eltern,

Ihre Kinderarztpraxis hat Ihr Kind im SPZ angemeldet. Ihr Kind steht nun auf unserer Warteliste. Bevor wir einen Termin mit Ihnen machen können, brauchen wir noch einige Informationen sowie die Erlaubnis zum Datenaustausch.

Bitte füllen Sie alle Unterlagen aus:

- (1) den Anmeldebogen
- (2) die Einverständniserklärung von allen Sorgeberechtigten
- (3) die Entbindung von der Schweigepflicht/ Datenschutz

Schicken Sie diese Unterlagen **innerhalb von vier Wochen** an uns **zurück** oder bringen Sie sie persönlich vorbei. Das ist **sehr wichtig!** Wenn die Unterlagen nicht zurückkommen, müssen wir Ihr Kind wieder von der Warteliste herunter nehmen.

Die Wartezeit auf ein Erstgespräch liegt meist bei mehreren Monaten. Wenn Ihr Kind an der Reihe ist, melden wir uns bei Ihnen. Auf dem Blatt „**Willkommen im SPZ**“ finden Sie dann alles, was Sie zum ersten Termin mitbringen müssen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des Sozialpädiatrischen Zentrums Solingen (SPZ)

STÄDTISCHES KLINIKUM SOLINGEN
gemeinnützige GmbH
Gotenstraße 1 · 42653 Solingen

Geschäftsführung:
Dipl.-Kfm. Prof. Dr. Martin Eversmeyer, Vorsitzender, Kaufmännischer Geschäftsführer
Prof. Dr. med. Thomas Standl, MHBA, Medizinischer Geschäftsführer
Aufsichtsratsvorsitzender: Kai Sturmfels
Sitz der Gesellschaft: Solingen
Registergericht: Amtsgericht Wuppertal, HRB 20675



Fragebogen zur Anmeldung im SPZ Solingen

Durchwahl
Telefax
E-Mail

Sozialpädiatrisches Zentrum
Leitung: Frau Dr. med. R. Klaeren
0212 - 547-2060
0212 - 547-2017
spz@klinikumsolingen.de

Angaben zum Kind:

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl	Wohnort
Geburtsland	lebt in Deutschland	
	<input type="checkbox"/> schon immer <input type="checkbox"/> seit _____	
Telefonnummer(n)		
Email		

Angaben zur Anmeldung:

Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?				
<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Kinderarztpraxis	<input type="checkbox"/> _____		
Warum möchten Sie Ihr Kind im SPZ vorstellen?				

Seit wann machen Sie sich Sorgen um Ihr Kind?				

Bei wem lebt das Kind?				
<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> im Heim	<input type="checkbox"/> bei _____
Wer hat das Sorgerecht?				
<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> _____	
Welche Sprache(n) sprechen Sie zu Hause?				
<input type="checkbox"/> nur Deutsch	<input type="checkbox"/> Deutsch und _____	<input type="checkbox"/> _____		

Bitte wenden

Entwicklung und medizinische Vorgeschichte:

Wie verlief die Schwangerschaft?			
<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/> andere: _____
Haben Sie in der Schwangerschaft ...?			
<input type="checkbox"/> Alkohol getrunken	<input type="checkbox"/> geraucht	<input type="checkbox"/> Medikamente genommen	<input type="checkbox"/> Drogen genommen
Wann sollte Ihr Kind geboren werden oder in welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?			
_____ + _____ SSW oder errechneter Geburtstermin: _____._____._____			

Wie verlief die Geburt?			
<input type="checkbox"/> normale Geburt	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Zange	<input type="checkbox"/> Saugglocke
Gab es nach der Geburt Probleme?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Trinkprobleme <input type="checkbox"/> andere
Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?			
In welcher Klinik wurde Ihr Kind geboren?			
Nach wie vielen Tagen wurde Ihr Kind entlassen?			

Wann konnte Ihr Kind ...?			
frei sitzen	frei laufen	sprechen	Brauchte keine Windel mehr?
		Wörter: _____ Sätze: _____	tags: _____ nachts: _____

War Ihr Kind schon einmal länger in einem Krankenhaus? Wenn ja, wann und warum?	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Nimmt Ihr Kind Medikamente? Welche?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Medikament : _____
War Ihr Kind schon beim Augenarzt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit _____ Jahren
War Ihr Kind schon beim Hals-Nasen-Ohren (HNO-) Arzt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit _____ Jahren
Hat Ihr Kind alle empfohlenen Impfungen bekommen?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bekommt oder bekam Ihr Kind schon einmal Therapie?		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> ja, mit _____ Jahren
<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> ja, mit _____ Jahren
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> ja, mit _____ Jahren
<input type="checkbox"/> Frühförderung	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> ja, mit _____ Jahren
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> ja, mit _____ Jahren
War Ihr Kind schon mal in einem anderen SPZ?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in _____	
War Ihr Kind schon mal in der Kinder -und Jugendpsychiatrie?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in _____	
Bekommen oder bekamen Sie schon einmal Hilfen zur Erziehung?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung bei _____	<input type="checkbox"/> Unterstützung durch eine SPFH (Flex): Herr / Frau _____
Hat Ihr Kind einen Pflegegrad?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Grad _____	
Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____ GdB	

Angaben zu Bildung / Freizeit:

Geht Ihr Kind in den Kindergarten?		Name des Kindergartens	
<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein		
Geht Ihr Kind in die Schule?			
<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Sekundarschule	<input type="checkbox"/> Realschule	
<input type="checkbox"/> Gesamtschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Förderschule	
Name der Schule:		Klasse:	
Wie verbringt Ihr Kind die Freizeit?			
<input type="checkbox"/> Sportverein	<input type="checkbox"/> Musikschule / Musikunterricht	<input type="checkbox"/> Jugendgruppe	

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind pro Tag mit Fernsehen, Handy, Tablet oder Computer?			
<input type="checkbox"/> < 1 Stunde	<input type="checkbox"/> 1-3 Stunden	<input type="checkbox"/> 3-5 Stunden	<input type="checkbox"/> > 5 Stunden

Bitte wenden

Angaben zur Familie:

Mutter	
Vor- und Nachname	Geburtsdatum
Herkunftsland	lebt in Deutschland
	<input type="checkbox"/> schon immer <input type="checkbox"/> seit _____
Schulabschluss	Beruf
<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Studium	
Krankheiten	

Vater	
Vor- und Nachname	Geburtsdatum
Herkunftsland	lebt in Deutschland
	<input type="checkbox"/> schon immer <input type="checkbox"/> seit _____
Schulabschluss	Beruf
<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Studium	
Krankheiten	

Hat jemand in der Familie (Oma, Opa, Onkel, Tante) eine schwere Krankheit?

Geschwister			
	Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Probleme, Krankheiten
1			
2			
3			
4			
5			

Einverständniserklärung

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____.____.20__

Liebe Eltern,

um Ihr Kind im SPZ Solingen ausführlich und umfassend untersuchen zu können, benötigen wir das Einverständnis ALLER Sorgeberechtigten. Bitte füllen Sie deshalb dieses Formular vollständig aus.

- Wir sind für o.g. Kind sorgeberechtigt und mit der umfassenden Untersuchung des Kindes im SPZ Solingen einverstanden. Wir versichern, dass es außer den angegebenen Personen keine weiteren Sorgeberechtigten (auch nicht für Teile des Sorgerechtes) gibt. Wir erklären uns damit einverstanden, dass der Sorgeberechtigte, der das Kind zu den Untersuchungen im SPZ begleitet, alleine auch im Namen weiterer Sorgeberechtigter rechtsgültig Erklärungen für unser Kind abgeben darf.

Name: _____

Datum: _____.____.20__ Unterschrift: _____

Name: _____

Datum: _____.____.20__ Unterschrift: _____

- Ich bin alleine für o.g. Kind sorgeberechtigt und mit der umfassenden Untersuchung des Kindes im SPZ Solingen einverstanden. Ich versichere, dass es außer mir keine weiteren Sorgeberechtigten (auch nicht für Teile des Sorgerechtes) gibt.

Name: _____

Datum: _____.____.20__ Unterschrift: _____

Entbindung von der Schweigepflicht und Einverständnis zur Datenübermittlung

Name des Kindes: _____ geb.: _____

Wir sind/Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Untersuchung und Behandlung unseres/ meines Kindes Informationen und Befunde an folgende Personen/ Institutionen weitergegeben werden dürfen und von diesen Personen/ Institutionen Informationen und Befunde über und von unser(em)/ mein(em) Kind eingeholt werden dürfen. Ich entbinde das SPZ Solingen und die genannten Institutionen/ Personen von der gegenseitigen Schweigepflicht. Personen/ Institutionen, mit denen das SPZ keine Daten austauschen soll, haben wir/ habe ich gestrichen.

- Überweisender(r) Kinderarzt/Kinderärztin: _____
- Schule und offener Ganzttag meines Kindes: _____
- Kindertagesstätte meines Kindes/ErzieherIn: _____
- Zuständige Ämter des Wohnbezirkes, insbesondere Jugendamt, Sozialamt, Gesundheitsamt: _____
- Schulpsychologischer Dienst: _____
- Sozialpädagogische / Heilpädagogische Familienhilfe: _____
- Heilpädagogische Ambulanz / Frühförderstelle: _____
- TherapeutIn meines Kindes: _____
- Andere ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und medizinische Einrichtungen, die mein Kind betreuen oder betreut haben: _____
- Sonstige: _____

Ich bin damit einverstanden, dass ich per Email kontaktiert werde und Informationen mit mir und/oder den o.g. Personen per Email ausgetauscht werden.

- Nein,
- Ja – Email-Adresse: _____

Datum: _____._____.20____

Unterschrift/en: _____

Willkommen im SPZ Solingen!

Wir möchten Sie und Ihr Kind gut behandeln. Dafür brauchen wir einige Informationen.

Sie haben die Anmeldeunterlagen für Ihr Kind erhalten. Füllen Sie diese bitte aus. Dann bringen oder schicken Sie uns die Unterlagen. Wir brauchen alles **vollständig** ausgefüllt. **Erst dann können wir Ihr Kind auf unsere Warteliste setzen!**

Außerdem möchten wir, dass Sie vor Ort nicht lange warten müssen. **Bitte bringen Sie jeweils alle Unterlagen mit**, die gebraucht werden:

Bitte bringen Sie Folgendes zum 1. Termin mit:

- die **Krankenversicherungskarte** des Kindes
- eine **Überweisung** vom Kinderarzt
- das **gelbe U-Untersuchungsheft** in Kopie
- den **Impfausweis** in Kopie
- bisherige **Untersuchungsberichte** in Kopie
(Arztberichte, Therapieberichte, Entwicklungsberichte etc.)
- bei Schulproblemen: **Zeugnisse** in Kopie



Bitte bringen Sie Folgendes zu jedem weiteren Termin mit:

- die **Krankenversicherungskarte** des Kindes
- eine **Überweisung** vom Kinderarzt (1x pro Quartal* reicht)
- ausgefüllte Fragebögen, wenn wir Ihnen welche mitgegeben haben
- neue **Untersuchungsberichte, Zeugnisse oder ähnliches** in Kopie
(Arztberichte, Therapieberichte etc.)

Sie erreichen unser Sekretariat telefonisch unter
oder per email:

0212 - 547-2060
spz@klinikumsolingen.de

**Bitte geben Sie uns frühzeitig Bescheid,
wenn Sie zu einem Termin nicht kommen können!**

Denken Sie daran: Es kann einige Wochen dauern, bis ein neuer Termin frei ist!

*Quartal 1: Januar bis März (01.01.-31.03.)
Quartal 3: Juli bis September (01.07.-30.09.)

Quartal 2: April bis Juni (01.04.-30.06.)
Quartal 4: Oktober-Dezember (01.10.-31.12.)