

Anmeldung im Sozialpädiatrischen Zentrum Chemnitz

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten,

Sie erwägen eine Betreuung Ihres Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum Chemnitz.

Wir möchten uns im Voraus für Ihr Vertrauen bedanken. Um die Mitbetreuung Ihres Kindes gut planen zu können, bitten wir den bereitgestellten Neuanmeldebogen vom **ambulanten Kinderarzt/HNO-Arzt** und von Ihnen als Elternteil auszufüllen und mit einem **gültigen Überweisungsschein** einzureichen. Erst nach Eingang aller Unterlagen erfolgt eine weitere Planung mit schriftlicher Terminvergabe. Aufgrund unserer spezialisierten Mitbetreuung möchten wir Sie darauf hinweisen, dass je nach Dringlichkeit eine Wartezeit besteht.

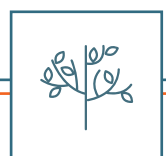
Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr SPZ-Team



📍 **Sozialpädiatrisches
Zentrum Chemnitz**
Markersdorfer Straße 124
09122 Chemnitz

☎ 0371 333-15421
0371 333-15438
📞 0371 333-15496
✉ spz@poliklinik.de
www.poliklinik.de



Anmeldebogen: ambulanter Kinderarzt/HNO-Arzt

Sehr geehrte Kollegen,

wir bitten Sie, den Anmeldebogen für eine sozialpädiatrische Mitbetreuung auszufüllen und bedanken uns im Voraus für Ihre Bemühungen.

Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

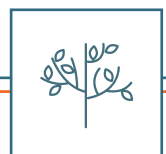
Verdachtsdiagnose / Fragestellung / Vorstellungsgrund

Wir bitten um Information, bei welchen Kooperationspartnern eine Mitbetreuung besteht sowie um Übermittlung aktueller Befunde

- Therapien (Logopädie, Physio-, Ergotherapie)
- Kliniken/Fachärztliche Behandlungsstellen
- Psychologe/Psychotherapie/KJPP
- Frühförderstelle
- Schulpsychologie
- HNO-Befunde

Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes



Anmeldebogen: Eltern/Sorgeberechtigte

Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Nationalität /
Sprache: _____

Wohnhaft bei: Eltern Mutter Vater
 Adoptiveltern Pflegeeltern Heim/WG

Wer hat das Sorgerecht? Eltern nur Mutter nur Vater
 Amtsvormund sonstige

Angaben zum Sorgeberechtigten (Vormundschaftsbescheinigung / Vollmachten anfügen)

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Email: _____

Bei wem ist das Kind versichert? _____

Krankenkasse/Versicherungsnummer: _____

Gibt es Geschwisterkinder, die bereits im SPZ betreut werden? ja nein

Warum möchten Sie Ihr Kind im SPZ Chemnitz anmelden?

Welche Hilfe erwarten Sie von uns?

Bitte übersenden Sie uns alle Ihnen vorliegende Befunde (Kliniken, Fachärzte, Therapien, Schulpsychologie etc.) in Kopie sowie den **Überweisungsschein vom Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin / HNO-Arzt.**

Datum

Name in Druckbuchstaben
der Eltern/Sorgeberechtigten

Unterschrift der Eltern/
Sorgeberechtigten

