

**Anmeldebogen für den ambulanten Kinderarzt
bzw. HNO-Arzt**

- › Bitte ausschließlich vom **ambulanten** Kinder- bzw. HNO-Arzt auszufüllen
- › **NICHT** durch den Klinikarzt auszufüllen!

Sozialpädiatrisches Zentrum
Markersdorfer Str. 124
09122 Chemnitz
Fax: 0371/333-15496
E-Mail: spz@poliklinik-chemnitz.de

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege,
Sie möchten u. g. Kind / Jugendlichen für eine sozialpädiatrische Mitbetreuung in unserer Einrichtung anmelden. Wir bitten Sie daher höflichst, die nachfolgenden Fragen zu beantworten und danken im Voraus für Ihre Bemühungen!

Name, Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Gibt es eine Diagnose/ Verdachtsdiagnose?	
Bitte beschreiben Sie kurz den Vorstellungsgrund.	

Wir bitten um Information, bei welchen Kooperationspartnern eine Mitbetreuung besteht (bitte ankreuzen) sowie um Übermittlung aktueller Befunde:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Therapien (Logopädie,
Physio-, Ergotherapie) | <input type="checkbox"/> Kliniken/ Fachärztliche
Behandlungsstellen | <input type="checkbox"/> Psychologe/
Psychotherapie/ KJPP |
| <input type="checkbox"/> Frühförderstelle | <input type="checkbox"/> Schulpsychologie | <input type="checkbox"/> HNO-Befunde |

Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

Bitte wenden für Elternfragebogen!

Kurzer Elternanmeldebogen

– von Eltern / Bezugspersonen auszufüllen –

Name, Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefon:	
Email:	
Schulkind:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Außerfamiliäre Unterbringung? (z. B. Pflegefamilie / WG)	
Muttersprache / Nationalität:	
Versicherungsnummer / Krankenkasse:	
Gibt es Geschwisterkinder, die bereits im SPZ betreut werden?	
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 oder HNO-Arzt.**

Datum

Name in Druckbuchstaben
der Eltern/ggf. anderen sorge-
berechtigten Personen

Unterschrift
der Eltern/ggf. anderen sorge-
berechtigten Personen