

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

SPZ-Nr.: \_\_\_\_\_ Eingang \_\_\_\_\_

## Helios Klinikum Erfurt

Akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena

Sozialpädiatrisches Zentrum  
 Ärztlicher Leiter  
 OA Dr. med. Andreas Lohr  
 Arzt für Kinderheilkunde/Neuropädiatrie

Tel +49 0361 781-3844  
 Fax +49 0361 781-3832

spz.erfurt@helios-gesundheit.de  
[www.helios-gesundheit.de/erfurt](http://www.helios-gesundheit.de/erfurt)

Helios Klinikum Erfurt  
 Nordhäuser Straße 74 • 99089 Erfurt

# Anmeldebogen

## des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) Erfurt

Sehr geehrte Ärzte, sehr geehrte Eltern,

diesen Anmeldebogen benötigen wir, um die Termine für das oben genannte Kind zu planen. Einen Termin erhalten Sie erst dann, wenn wir diesen Fragebogen ausgefüllt und mit den Unterschriften des behandelnden Arztes und des/der Sorgeberechtigten erhalten haben.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Ihr SPZ-Team

### Daten der Eltern/ Sorgeberechtigten/ Ansprechpartner

	Mutter (ggf. Pflege-/Adoptivmutter)	Vater (ggf. Pflege-/Adoptivvater)
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Telefon (priv./dienstl.)		
E-Mail		
Anschrift (wenn abweichend vom Kind)		

Familienhilfe(Name/Kontakt): \_\_\_\_\_

Vormund (Name/Kontakt): \_\_\_\_\_

Träger: Helios Klinikum Erfurt GmbH • Sitz der Gesellschaft: Erfurt • Amtsgericht Jena • HRB 106975  
 USt-IdNr.: DE 167655009 • St-Nr.: 151 125 44 809  
 Geschäftsführer: Florian Aschbrenner • Aufsichtsratsvorsitzender: Robert Möller • Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Steiner  
 Hypo Vereinsbank Erfurt AG • Konto 62 33 082 • BLZ 820 200 86 • IBAN DE 1782 0200 8600 0623 3082 • BIC HYVEDEMM498

**Befindet/Befand sich das o. g. Kind in Behandlung/Therapie?**

	von/bis	Grund	Wo
<input type="checkbox"/> SPZ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychiater/ Psychologe	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Frühförderung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährungs- therapie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> sonstiges:	_____	_____	_____

(Gutachten/Berichte bitte beifügen)

**Auf welchen Gebieten bestehen Auffälligkeiten oder Störungen?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung   | <input type="checkbox"/> Sprache                   | <input type="checkbox"/> motorische Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle          | <input type="checkbox"/> neuromuskuläre Erkrankung | <input type="checkbox"/> Lernschwierigkeiten    |
| <input type="checkbox"/> Lesen/ Rechtschreibung | <input type="checkbox"/> Rechnen                   | <input type="checkbox"/> Konzentration          |
| <input type="checkbox"/> Ernährung              |  |   |

Diagnosen: \_\_\_\_\_

**Welche Einrichtung besucht das o. g. Kind?**

Kindergarten:  regulär  integrativ

Schulart:  Grundschule  Förderschule  Hauptschule  
 Gemeinschaftsschule  Realschule  Gymnasium

Klasse: \_\_\_\_\_ Klassenwiederholungen: \_\_\_\_\_

Eine sonderpädagogische Begutachtung ist  beantragt  erfolgt

(Gutachten bitte beifügen)

**Wächst Ihr Kind zwei- oder mehrsprachig auf?**

- ja  nein

Welche Sprache/n: \_\_\_\_\_

**Wegen welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie vor allem Hilfe?**  
(Anliegen am besten mit dem Kinderarzt besprechen)

---



---



---

**Was erwarten Sie von der Vorstellung im SPZ?**

---



---

**Waren Sie bereits mit einem oder mehreren Geschwistern im SPZ Erfurt?**

ja

nein

Name, Vorname

Geburtsdatum

---



---



---



---



---



---

Hiermit wird bestätigt, dass ich/wir als Gesundheitsfürsorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das o. g. Kind im SPZ zur Diagnostik und Behandlung angemeldet und vorgestellt wird.

**Bitte beachten Sie, dass die Unterschrift sämtlicher Gesundheitsfürsorgeberechtigter notwendig ist. Bei Alleinunterzeichnenden wird zugesichert, dass entsprechende Zustimmungen von den anderen Gesundheitsfürsorgeberechtigten eingeholt wurden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Vor- und Nachname in Druckschrift                      Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Vor- und Nachname in Druckschrift                      Unterschrift

Mit meiner/unsere(r) Unterschrift bestätige ich/wir die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des zuweisenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel