

Wuppertal

Sehr geehrte Eltern,

Sie wollen ihr Kind für eine ausführliche Entwicklungsdiagnostik hier bei uns im SPZ anmelden.

Um uns gut auf diesen Termin und die individuelle Fragestellung vorbereiten zu können, würden wir Sie bitten einige Dinge vorab zu berücksichtigen

1. Um ihre Anmeldung bearbeiten zu können benötigen wir von Ihnen den ausgefüllten Fragebogen sowie den durch den Kinderarzt ausgefüllten Teil des Anmeldebogens, in dem er bestätigt, dass er eine sozialpädiatrische Mitbetreuung für notwendig hält.
2. Wir bitten Sie / Ihren Kinderarzt uns Kopien von allen bereits vorliegenden Unterlagen wie Arzt- und Krankenhausberichte, Therapieberichte, etc. bereits mit der Anmeldung einzureichen.
3. Wenn Ihr Kind den Kindergarten oder die Schule besucht, ist es immer sehr hilfreich, wenn dieser / diese eine kurze Stellungnahme verfasst. Vor allem dann, wenn es um Verhaltensproblemen, Konzentrationsschwierigkeiten oder Entwicklungsdefiziten geht.
4. Nachdem der Fragebogen inkl. Anmeldebestätigung des Kinderarztes mit bisherigen Vorbefunden uns vorliegen, werden diese von einem unserer Oberärzte gesichtet und Termine in Abhängigkeit von der Fragestellung bzw. des Krankheitsbildes und der Verfügbarkeit eines freien Termins vergeben.
5. Bitte beachten: Da viele Kinder zu Untersuchungen angemeldet werden, ist allerdings mit einer Wartezeit zu rechnen, die nach dem Eingang der vollständigen Unterlagen beginnt.
6. In dringenden Notfällen ist es jederzeit möglich, dass Sie Ihr Kind ohne Anmeldung – aber möglichst nach Rücksprache mit Ihrem Kinderarzt – in der allgemeinen Notfallambulanz der Kinderklinik vorstellen.

Zum geplanten Termin bringen Sie bitte mit:

1. einen aktuellen **Überweisungsschein des Kinderarztes**
2. die **Krankenkassenkarte** des Kindes
3. das **gelbe Untersuchungsheft**
4. vorhandene **Hilfsmittel**
5. ein **aktuelles Foto** vom Kind (falls vorhanden)
6. Bitte nur **1 Begleitperson** mit dem Kind und ggf. Dolmetscher

- 
7. sollten Sie Sorge haben, dass Sie die Probleme Ihres Kindes nicht ausreichend schildern können, würden wir Sie ermuntern, einen **Dolmetscher** zum Erstgespräch mitzubringen

Sollten Sie aktuell über das Sozialamt und nicht über eine Krankenkasse versichert sein, muss der Überweisungsschein **vorher** durch die Ausländerbehörde (Haus der Integration, Friedrich-Engels-Allee 28) abgestempelt werden.

Bei der ersten Vorstellung im SPZ erfolgt ein ausführliches Gespräch über die Probleme Ihres Kindes mit einem Kinderarzt (ggf. schon mit einer kinderneurologischen Untersuchung) oder einem Psychologen (je nach Fragestellung), der auch im weiteren Verlauf der Untersuchung Ihr Hauptansprechpartner bleibt

In der Regel sind weitere Untersuchungs- und Gesprächstermine notwendig, je nach Problemlage auch durch andere Fachkräfte unseres Teams. Diese Termine werden individuell mit Ihnen abgesprochen.

Wir hoffen, Ihnen hiermit erste Informationen zum Anmeldeverfahren gegeben zu haben. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Telefonisch unter 0202/ 896-3850 (Mo-Fr 9-11 Uhr und Mo-Mi 14-15 Uhr)

Oder

per Email unter [spz.wuppertal@helios-gesundheit.de](mailto:spz.wuppertal@helios-gesundheit.de)

Mit freundlichen Grüßen

Das Team des SPZ Wuppertal



### Daten des Kindes

Name und Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### 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):		
Geburtsland:		
Nationalität:		
Muttersprache:		
Schulabschluss:		
Ausbildung:		
ausgeübter Beruf:		
	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
	<input type="checkbox"/> leibliches Kind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind
Eltern sind	<input type="checkbox"/> ein Paar <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
Besuchskontakte	<input type="checkbox"/> Ja wie oft:	<input type="checkbox"/> Ja wie oft:
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Gemeinsames Sorgerecht	
	<input type="checkbox"/> Alleiniges Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Alleiniges Sorgerecht



---

**Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?**

Vorname	Geburtsdatum	welche Schulart/Klasse	besondere Probleme / Krankheiten

Sind Sie als Eltern blutsverwandt (z.B. Cousine/Cousin)?  Nein  Ja

**Stiefeltern / -teil:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

**Bei Pflegekindern / Adoptivkindern:**

Adoptivkind, seit: \_\_\_\_\_  Pflegekind, seit: \_\_\_\_\_

Wer hat das Sorgerecht bzw. das Recht zur Gesundheitsfürsorge (bitte entsprechende Unterlagen beifügen)?

\_\_\_\_\_

**Familienhilfe:**

Familienentlastender Dienst: \_\_\_\_\_

Sozialpädagogische Familienhilfe/Unterstützung Jugendamt

BSD: \_\_\_\_\_ zuständiger Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

Häusliche Krankenpflege \_\_\_\_\_

**Gibt es aktuelle Belastungssituationen in Ihrer Familie (Trennung der Eltern, Erkrankungen eines Familienmitgliedes, Wohnortswechsel, Arbeitslosigkeit, usw.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Folgende wichtige Entwicklungsschritte wurden von Ihrem Kind in welchem Alter erreicht?**

Erstes Lächeln:	_____ Monate	Gezieltes Greifen:	_____ Monate
Drehen:	_____ Monate	Krabbeln:	_____ Monate
Freies Sitzen:	_____ Monate	Hochziehen in Stand:	_____ Monate
Freies Laufen:	_____ Monate		
Essen mit dem Löffel:	_____ Monate		
Dreirad mit Treten:	_____ Jahre	Fahrrad ohne Stützräder:	_____ Jahre
Sauber/ trocken tags?	_____ Jahre	Sauber/ trocken nachts?	_____ Jahre
Rollenspiel:	_____ Jahre		

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

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

Erste Worte: \_\_\_\_\_ Monate Erste kleine Sätze (2-3-Wortsätze): \_\_\_\_\_ Monate

**Sind bei ihrem Kind Krankheiten bekannt?**  Nein  Ja, welche ?

---



---

**War Ihr Kind schon einmal im (Kinder-)Krankenhaus?**  Nein  Ja, wann und warum?

---



---

**Operationen/ Unfälle:**  Nein  Ja, wann und warum?

---



---

**Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**  Nein  Ja, welche ?

Medikament: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

**Bekommt Ihr Kind eine spezielle Diät?**  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_



### Vorstellung bei anderen Fachrichtungen

Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht?  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_

Gab es einen auffälligen Befund? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind beim HNO-Arzt / Pädaudiologen vorgestellt?  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_

Gab es einen auffälligen Befund? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind bei einem anderen Facharzt vorgestellt?  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_

Gab es einen auffälligen Befund? \_\_\_\_\_

### Besteht ein Anspruch auf:

Pflegegeld  Nein  Ja  beantragt  
 Pflegegrad  I  II  III  IV  V

**Schwerbehindertenausweis**  Ja  Nein  beantragt

Grad der Behinderung:  50  60  70  80  90  100

Merkzeichen  B  H  aG  G

### Was fällt Ihrem Kind schwer und in welchen Situationen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, in denen Ihr Kind Probleme hat:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung                       | <input type="checkbox"/> Motorik/Bewegungen         |
| <input type="checkbox"/> Sprache/Kommunikation                      | <input type="checkbox"/> Essen/Trinken              |
| <input type="checkbox"/> Hören                                      | <input type="checkbox"/> Sehen                      |
| <input type="checkbox"/> Einnässen tags/nachts                      | <input type="checkbox"/> Einkoten                   |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle                              |   |
| <input type="checkbox"/> Umgang/Spiel mit anderen Kindern           | <input type="checkbox"/> Sozialverhalten            |
| <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit                       |   |
| <input type="checkbox"/> familiäre Probleme (Trennung o. ä.)        | <input type="checkbox"/> Erziehung/Folgsamkeit      |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten                  |   |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität                              | <input type="checkbox"/> andere psychische Probleme |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungen                              | <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung      |
| <input type="checkbox"/> Schulleistungen – besonders im Fach: _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Lesen/Schreiben                            | <input type="checkbox"/> Rechnen                    |
| <input type="checkbox"/> Konzentration                              |   |
| <input type="checkbox"/> Sonderpädagogischer Förderbedarf           |   |

---

**Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien?**

**Physiotherapie**  Nein  Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wie oft: \_\_\_\_\_ Wo \_\_\_\_\_

**Ergotherapie**  Nein  Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wie oft: \_\_\_\_\_ Wo \_\_\_\_\_

**Logopädie**  Nein  Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wie oft: \_\_\_\_\_ Wo \_\_\_\_\_

**Heilpädagogik**  Nein  Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wie oft: \_\_\_\_\_ Wo \_\_\_\_\_

**Frühförderung**  Nein  Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wie oft: \_\_\_\_\_ Wo \_\_\_\_\_

**Besucht Ihr Kind**

**A) Kindergarten**

Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_  geplant ab \_\_\_\_\_

regulär  als integrativ Kind  heilpädagogisch  I-Kraft

Name d. Kindergartens: \_\_\_\_\_

**B) Schule**

Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_  geplant ab \_\_\_\_\_

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

Grundschule  Hauptschule  Realschule

Gymnasium

Förderschule  Förderbedarf Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

Name der Schule: \_\_\_\_\_

Gab oder gibt es Probleme im Kindergarten / in der Schule?  Nein  Ja, Welche?

---

**Was macht Ihr Kind in der Freizeit?**

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?  Nein  Ja, besonders mit:

---

**Es spielt / besucht:**

Gruppen/Vereine \_\_\_\_\_  Instrument

TV \_\_\_\_\_ Stunden täglich  Handy \_\_\_\_\_ Stunden täglich

Computer \_\_\_\_\_ Stunden täglich  Tablet \_\_\_\_\_ Stunden täglich

Spielkonsolen \_\_\_\_\_ Stunden täglich

Treffen mit Gleichaltrigen:  regelmäßig  nie / selten

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Fragebogen ausgefüllt von:**

Eltern  Andere: \_\_\_\_\_



---

**Liebe Kinderärztin / Lieber Kinderarzt,**

**sie wollen einen Ihrer Patienten zur Diagnostik bei uns im SPZ vorstellen. Um die Dringlichkeit und die Fragestellung besser einordnen zu können würden wir Sie bitten, weitere Angaben zum Auftrag zu machen, was gezielt abgeklärt werden soll:**

**SPZ Anmeldung für:** \_\_\_\_\_

Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

- globale Entwicklungsstörung
  - motorische Entwicklungsstörung
  - Verhaltensauffälligkeiten
  - sozial-emotionale Abklärung
  - Lernschwierigkeiten
  - Lese-Rechtschreibschwäche / Dyskalkulie
  - Überprüfung weiteren Therapiebedarfs (Zweitgutachten) in:
    - Physiotherapie
    - Logopädie
    - Ergotherapie
  - Sprachentwicklungsstörung
  - Autismus
  - ADHS
  - Sonstiges / Bemerkungen:
- 
- 
- 
- 

**Mögliche Spezialsprechstunden:**

- CP-Sprechstunde / Hilfsmittelversorgung
- Hydrozephalussprechstunde
- Frühgeborenen-Nachsorge „Risikosprechstunde“
- Regulationsstörungen / Schreiambulanz
- Kopfschmerzen
- Neuropädiatrisch-orthopädische Sprechstunde
- Humangenetik (+ zus. Überweisung )
- Epilepsie (V.a. oder bekannte) + EEG
- Neuropädiatrische Untersuchung
- Enuresis / Enkopresis Sprechstunde
- Unterstützte Kommunikation

**Für den möglichst reibungslosen Ablauf im SPZ habe ich alle, mir vorliegenden Vorbefunde**

- den Eltern mitgeben
- ins SPZ gefaxt (0202/896-3848)
- es liegen mir keine relevanten Vorbefunde vor

---

Ort, Datum

---

Praxisstempel + Unterschrift



## Einverständniserklärung

Name des Kindes: .....

Geb.-Dat.: .....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) Wuppertal vorgestellt wird.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die erhobenen Befunde und Untersuchungsergebnisse vom / von

- |  |  |                               |
|--|--|-------------------------------|
| überweisenden Kinderarzt                     | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| mitbehandelnden Kliniken / Ärzten            | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nein |
| Therapeuten                                  | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kindertagesstätten                           | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schulen                                      | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stadt Wuppertal / Jugendamt / Gesundheitsamt | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nein |
| Krankenkasse / Orthopädiemechaniker          | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nein |
| _____  | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nein |
| _____  | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nein |

eingeholt bzw. eingesehen werden dürfen und dass die Befunde und Empfehlungen des SPZ im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Helios Universitätsklinikums Wuppertal auf Nachfrage auch an diese Stellen herausgegeben werden dürfen.

Wuppertal, den .....

.....  
Vater

.....  
Mutter

