

Zentrum für Kindesentwicklung

Dr. Flehmig GmbH Sozialpädiatrisches Zentrum
Ärztliche Leitung: Dr. med. Matthias Schmutz



Zentrum für Kindesentwicklung
Rümkerstraße 15-17
22307 Hamburg

Telefon: 040 631 52 18
E-Mail: info@spz-hamburg.de
www.kindesentwicklung.de

Anmeldebogen mit Informationen zur Vorgeschichte des Kindes

(Bitte leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtstag: _____ weiblich männlich

Nationalität: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Gesetzl. Krankenversicherung: _____

Über wen ist das Kind versichert (Name)? _____

Geburtstag Versicherter: _____

Telefon priv. Festnetz: _____ dienstlich*: _____

mobil*: _____ **Bitte nur angeben, wenn Sie der Kontaktaufnahme zustimmen!*

E-Mail*: _____

Erziehungs-/Sorgeberechtigter: Mutter Vater andere
 Pflege-/Adoptiveltern

Name, Vorname: _____

Beruf: _____

Geburtstag: _____

Anschrift (falls abweichend von og. Anschrift): _____

Überweisung durch: _____

(Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin o. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)

Datum: _____ Erziehungs-/Sorgeberechtigter: _____
(Unterschrift)

Fragestellung des überweisenden Arztes:

Zentrum für Kindesentwicklung

Dr. Flehmig GmbH Sozialpädiatrisches Zentrum
Ärztliche Leitung: Dr. med. Matthias Schmutz



5. Fragen zur Schwangerschaft:

Sterilitätsbehandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nikotin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fehlgeburten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Seelische Belastung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Drogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

wenn ja, welche: _____

Komplikationen während der Schwangerschaft? ja nein

wenn ja, welche: _____

6. Fragen zur Geburt

Erfolgte die Geburt

zum Termin _____ Woche

zu früh _____ Woche

zu spät _____ Woche

spontan Sektio Zange Saugglocke

Gewicht: _____(kg) Länge: _____(cm) KU: _____(cm)

Apgar: _____ Nabelschnur-pH _____

Komplikationen während der Geburt? ja nein

wenn ja, welche: _____

7. Komplikationen nach der Geburt

<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Atemstörungen	<input type="checkbox"/> Krämpfe
<input type="checkbox"/> Infektionen	<input type="checkbox"/> Trinkschwäche	<input type="checkbox"/> sonstige	

8. Bisherige Entwicklung (Alter in Monaten/Jahren)

Lächeln _____ Erste Worte _____

Gezieltes Greifen _____ Erste kurze Sätze _____

Drehen _____ Trocken (tags/nachts) _____

Freies Sitzen _____ Sauber (tags/nachts) _____

Krabbeln _____ Selbstständiges Essen _____

Freies Gehen _____ Selbstständiges Anziehen _____

Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand oder einen Rückschritt in der Entwicklung gegeben? ja nein

wenn ja, welche: _____

Zentrum für Kindesentwicklung

Dr. Flehmig GmbH Sozialpädiatrisches Zentrum
Ärztliche Leitung: Dr. med. Matthias Schmutz



9. Freizeit und Spielverhalten

- Kann sich Ihr Kind allein beschäftigen? ja nein
Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen? ja nein
Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit Fernsehen, PC-Spielen o.ä.? ____ (Std/Tag)

10. Therapien

- | | | | | | |
|------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------|-----|-------|
| Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ | bis | _____ |
| Ergotherapie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ | bis | _____ |
| Logopädie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ | bis | _____ |
| Psychomotorik | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ | bis | _____ |
| Psychotherapie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ | bis | _____ |

11. Geht Ihr Kind in den Kindergarten/in die Krippe?

- nein ja, seit _____ in einer Regelgruppe Integrationsgruppe

12. Welche Schule/Sonderschule besucht Ihr Kind?

_____ Klasse: _____
Hat es eine Klasse wiederholt? nein ja, nämlich Klasse _____

13. Hatte Ihr Kind Vorerkrankungen/Krankenhausaufenthalte/Operationen?

- nein ja, folgende: _____

14. Nimmt Ihr Kind Medikamente?

- nein ja, folgende: _____

15. Welche Untersuchungen wurden bereits bei Ihrem Kind durchgeführt?

- Augenarzt HNO-Arzt MRT Orthopädie
 EEG psychologische Tests

16. Untersuchungsunterlagen

Bitte bringen Sie Kopien der folgenden Unterlagen unbedingt zu Ihrem ersten Termin mit. Gerne können Sie uns Kopien auch schon im Voraus per Fax oder Mail zusenden.

- Überweisungsschein Versichertenkarte Mutterpass Vorsorgeheft
 Schulhefte/Zeugnisse ggf. vorhandene Befunde ggf. Zeichnungen

17. Weitere Anmerkungen:

Danke!

Zentrum für Kindesentwicklung

Dr. Flehmig GmbH Sozialpädiatrisches Zentrum

Ärztliche Leitung: Dr. med. Matthias Schmutz



Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe

Names des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten meines Kindes praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu seiner Behandlung erforderlich ist.

Die Daten meines Kindes dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Kinderärzte bzw. Kinder- und Jugendpsychiater übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die bei anderen Ärzten, Therapeuten, Kindertagesstätten und Schulen erhobenen Befunde und Untersuchungsergebnisse eingeholt bzw. eingesehen werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde und Empfehlungen des SPZ Dr. Flehmig GmbH an den überweisenden Kinderarzt bzw. Kinder- und Jugendpsychiater weitergegeben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name: _____

Name: _____

Einwilligung zur Kontaktaufnahme per E-Mail

Ja Nein

Ich willige ein, dass die Praxis mich per E-Mail kontaktiert. Dies umfasst insbesondere Terminabsprachen und organisatorische Hinweise. Mir ist bekannt, dass dies unverschlüsselt erfolgen kann und Sicherheitsrisiken bestehen.

E-Mail: _____

Einwilligung zur Terminerinnerung per SMS

Ja Nein

Ich willige ein, dass die Praxis mich per SMS an bevorstehende Termine erinnert. Hierfür darf meine Telefonnummer ausschließlich zum Zweck der Terminorganisation verwendet werden. Eine Nutzung zu anderen Zwecken erfolgt nicht. Mir ist bekannt, dass SMS-Nachrichten unverschlüsselt versendet werden.

Telefonnummer: _____

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder per E-Mail an das SPZ widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten*

** Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung des Kindes im Zentrum für Kindesentwicklung einverstanden sind.*