

Krankenkasse bzw. Kostenträger \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Straße, Wohnort des Versicherten \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kassen-Nummer \_\_\_\_\_ Versicherten-Nummer \_\_\_\_\_ Status \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nummer \_\_\_\_\_ Arzt-Nummer \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Telefonnummer der Familie: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

**Anmeldende/r Ärztin/Arzt:** \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_



Datenschutzvereinbarung wurde unterschrieben

## Terminanmeldung Neuropädiatrische Ambulanz und Sozialpädiatrisches Zentrum durch den überweisenden Arzt

### Überweisungsgrund / Fragestellung (Welche Untersuchungen erwarten Sie?)

\_\_\_\_\_

**In folgenden Bereichen ist der Patient auffällig:**

**Entwicklung**

- Motorische Koordination
- Sprache
- Kognitive Entwicklung/Intelligenz
- Selbständigkeit
- frühkindliche Regulation/Verhalten
- Kontakt/Kommunikation
- Konzentration/Aufmerksamkeit
- Schulleistungen
- Visus       Gehör

**Somatisch/Neurologisch**

- Somatische Entwicklung (Dystrophie, Dymorphie)
- Ernährung
- Schlaf
- Kopfschmerzen
- Anfälle, Epilepsie
- Zerebrale Bewegungsstörung
- Muskelerkrankung
- Zerebrale Raumforderung

**Sonstiges**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erstvorstellung (wegen dieser Problematik)       Kontrolltermin

eilig      Begründung: \_\_\_\_\_

regulär

### Vorbefunde (U.-Heft, Impfpass, Labor, aktuelle Medikation, Symptom "Kalender", Sonstiges, bitte unbedingt zum Termin mitbringen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:**

Die personellen und räumlichen Ressourcen unseres SPZ sind begrenzt. Um vor allem für dringliche Fälle die Wartezeiten überschaubar zu halten, müssen wir wie auch andere SPZ eine Vorauswahl der Patienten treffen. Säuglinge und Kleinkinder erhalten immer einen SPZ-Arzttermin, das weitere Vorgehen wird dann im SPZ-Team festgelegt. Bei Schulkindern mit Leistungs- und Verhaltensstörungen ohne somatische Grundkrankheit bieten wir eine kurzfristige Evaluation über einen ausführlichen Elternfragebogen an. Wenn uns der ausgefüllte Fragebogen mit einer Überweisung zugeht, können wir zeitnah über die Terminvergabe entscheiden oder die Eltern telefonisch beraten und an geeignete Einrichtungen verweisen. So werden unnötige Wartezeiten vermieden.

**Terminmitteilung** (wird vom KJK ausgefüllt)

Termin am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_ in o.g. Ambulanz (bitte ca. 20 min. für Anmeldung einplanen!)

an zuweisenden Arzt (per Fax)       an Patienten (Familie) per Brief am: \_\_\_\_\_

telefonisch (nur in Ausnahmefällen, Begründung): \_\_\_\_\_



60131685 ForManFR / 21.10.2024