

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

das Kinderzentrum Mosbach (Sozialpädiatrisches Zentrum / SPZ) ist eine spezialisierte Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunkte sind die Früherkennung von Entwicklungsstörungen, schwerwiegenden Erkrankungen und Behinderungen.

- Bei Verdacht auf eine isolierte **Lese- /Rechtschreibstörung (LRS)** oder eine **Rechenstörung (Dyskalkulie)** wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Beratungslehrer*in oder die Schulpsychologische Beratungsstelle. Für diese Themen ist das Schulsystem zuständig.
- **Möchten Sie Ihr Kind im Alter von bis zu 12 Monaten anmelden, setzen Sie sich bitte telefonisch mit uns in Verbindung.**

Für eine Anmeldung beachten Sie bitte folgende Schritte:

1. **Halten Sie Rücksprache mit Ihrem Kinderarzt / Ihrer Kinderärztin**, ob er/ sie eine Vorstellung im SPZ für erforderlich hält. Falls dies der Fall ist, bitten wir Sie den angefügten Fragebogen auszufüllen und mit Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten, sowie des Kinderarztes / der Kinderärztin einzureichen.
2. Nach Eingang des **vollständig** ausgefüllten Fragebogens werden die Unterlagen von unseren Ärzten geprüft und auf unsere Warteliste aufgenommen. Wir bitten Sie um Verständnis, dass abhängig von der Nachfrage längere Wartezeiten bestehen.
3. Bei Privatpatienten besteht in einem SPZ die Vereinbarung zur Abrechnung einer Quartalspauschale nach § 75 Abs. 3a/b S.7 SGB V analog der Regelung mit den gesetzlichen Krankenversicherungen.

Für weitere Fragen und Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr KIZ – Team

Erstvorstellung **Wiedervorstellung:** wenn ja, wann zuletzt: _____

Name, Vorname des Kindes: _____ Geschlecht: m w

geb. am: _____ in: _____

wohnhaft bei: Eltern Vater Mutter Adoptiveltern Pflegeeltern Heim

PLZ: _____ Ort: _____ Landkreis: _____

Straße: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____ Email: _____

Name der Krankenkasse: _____ Versichert mit: _____

Name des Vaters: _____ Vorname: _____

ggf. Geburtsname: _____ geboren am: _____ in: _____

Beruf des Vaters (erlernt) _____ z.Z.ausgeübt: _____

beschäftigt: ganztags halbtags stundenweise arbeitslos Hausmann

Name der Mutter: _____ Vorname: _____

ggf. Geburtsname: _____ geboren am: _____ in: _____

Beruf der Mutter (erlernt) _____ z.Z.ausgeübt: _____

beschäftigt: ganztags halbtags stundenweise arbeitslos Hausfrau

Sorgeberechtigte/r (Gesundheitsfürsorge):

Eltern Eltern, getrennt lebend Mutter Vater Pflegefamilie

Andere Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Vorstellungsgrund:

Welche der folgenden Auffälligkeiten bereitet Ihnen oder anderen Personen im Umfeld Ihres Kindes Sorge?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> motorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> sozial- emotionale Entwicklung | <input type="checkbox"/> schulische Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> sprachliche Entwicklung | <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> frühkindliche Regulation (Schreien / Schlafstörung) |
| <input type="checkbox"/> körperliche Auffälligkeiten (auffäll. Kopfform/Kleinwuchs) | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle/Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Einnässen / Einkoten |
| <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung/Blindheit | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Andere |

Dieser Bogen wurde ausgefüllt: am: _____

von: Mutter Vater Sonstige, wer? _____

Bei getrennt lebenden Elternteilen mit gemeinsamem Sorgerecht benötigen wir zwingend das beiderseitige Einverständnis!

Der Fragebogen muss von beiden Elternteilen unterschrieben werden.

Unterschrift Mutter: _____

Unterschrift Vater: _____

Bestätigung des überweisenden Arztes über die Notwendigkeit der Vorstellung.
(ANMELDUNG OHNE ARZTUNTERSCHRIFT NICHT MÖGLICH!!)

Vorstellung soll erfolgen:

Sozialpädiatrisches Zentrum

Interdisziplinäre Frühförderstelle

Kommentar:

Praxisstempel

Datum

Unterschrift des Arztes