

## Anmeldebogen SPZ

- » Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus und lassen Sie ihn von Ihrem/Ihrer Kinder- und Jugendarzt/-ärztin unterschreiben
- » Bitte bringen Sie eine Überweisung von Ihrem/von Ihrer Kinder- und Jugendarzt/-ärztin mit (gesetzlich Versicherte)
- » Reichen Sie bitte alle vorhandenen Vorbefunde mit diesem Anmeldebogen ein
- » Bitte bringen Sie das gelbe Heft mit zum Termin bei uns
- » Eine Terminvergabe kann erst nach Erhalt des Anmeldebogens erfolgen

### Patient/Patientin:

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

weiblich

männlich

divers

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Staatsangehörigkeit:

Muttersprache:

Eltern: leben gemeinsam

leben getrennt: Kind lebt bei

Mutter

Vater

Sorgerecht: gemeinsam

Mutter

Vater

Sonstige:

Geschwister:

(bekannt im SPZ?)

Kinderarzt:

Schwerbehindertenausweis/Grad der Behinderung vorhanden?

Nein

Ja

Merkmale:

Besteht ein Pflegegrad:

Nein

Ja

Besteht/Bestand Kontakt zum Jugendamt:

Nein

Ja

### Eltern:

	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnort		
Staatsangehörigkeit		
Schulabschluss		
Berufsausbildung		
derzeitige Tätigkeit		

## Weshalb möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?

### Die Vorstellung im SPZ erfolgt auf Empfehlung von:

Kindergarten      Schule      (Kinder- & Jugend-)Arzt/-Ärztin      Therapeutin/Therapeut

### Wurde Ihr Kind bereits an einer der folgenden Stellen vorstellig?

Physiotherapie      Ergotherapie      Psychologische Therapie      anderes SPZ  
Logopädie      Frühförderung      stationäre Aufenthalte

### Gibt oder gab es Hilfsmittel? (z.B. Rollstuhl, Gehhilfe)

Nein      Ja:

## Vorgeschichte

### Schwangerschaft:

ohne Probleme      Probleme:

Auffällige Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen:      Nein      Ja

Medikamenteneinnahme:

Nikotin:

Alkohol:

### Geburt/Neugeborenes: (Angaben aus dem gelben Heft)

Alter der Mutter bei Geburt:      Alter des Vaters bei Geburt:

Schwangerschaftswoche:      SSW.

Geburtsmodus:      spontan      Kaiserschnitt

Nabelschnur-pH:      Apgar-Werte:      /      /

Gab es Besonderheiten nach der Geburt?      nein      ja (welche?)

Gewicht:      g      Körperlänge:      cm      Kopfumfang:      cm

### Bisherige Entwicklung:

Krabbeln: Monate Freies Sitzen: Monate  
Freies Laufen: Monate Erste Worte: Monate  
Trocken mit: Sauber mit:

### Kindergarten:

Ja, seit: Nein

### Schule:

Ja, Einschulung mit: Jahren Klassenwiederholung: Nein Ja

### Vorerkrankungen/Vorbefunde :

Krankenhausaufenthalte/OPs:

Vorbefunde (z.B. Augenarzt, HNO, andere):

Vorerkrankungen in der Familie:

#### Vom Kinderarzt/Kinderärztin auszufüllen:

Ich bin mit der Vorstellung des/der o.g. Patienten/-in in Ihrem SPZ einverstanden.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Stempel

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass die Anmeldung des o.g. Kindes mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgt.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Ich willige ein, dass ein Foto der/des o.g. Patienten/-in in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden darf.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**

## Datenschutz:

Mit Abgabe dieses Anmeldebogens erkläre ich mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme und Weiterverarbeitung einverstanden. Die HYPERLINK "<https://www.ukbonn.de/42256BC8002AF3E7/direct/datenschutzerklaerung>"Datenschutzerklärung habe ich gelesen und akzeptiere ihre Bestimmungen. Die Einwilligung dieser Kontaktaufnahme erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich an die E-Mail: [gf-kinderheilkunde@ukbonn.de](mailto:gf-kinderheilkunde@ukbonn.de) richten.

<https://www.ukbonn.de/42256BC8002AF3E7/direct/datenschutzerklaerung>

## Ihr Weg zu uns:

Die UKB-Navigationshilfe leitet Sie zu unserer Klinik auf dem Gelände Venusberg-Campus. Scannen Sie dazu den QR-Code auf der rechten Seite dieses Briefs mit Ihrer Handykamera oder einem QR-Code-Reader ein, wenn Sie sich auf dem UKB-Gelände befinden. Erlauben Sie dem System, Sie zu lokalisieren, dann führt die UKB-Navigation Sie Schritt für Schritt zu unserem Klinikgebäude.

Ihr Weg zu uns  
auf dem UKB-Gelände:



**K5EE8E**

Universitätsklinikum Bonn  
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Gebäude 82  
2. OG

Venusberg-Campus 1  
53127 Bonn

Telefon: 0228 287-33344  
Telefax: 0228 287-9033344  
E-Mail: [ukb-spz@ukbonn.de](mailto:ukb-spz@ukbonn.de)