



Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Sozial Pädiatrisches Zentrum

Anmeldebogen für Kinder

› Wir können Ihnen erst einen Termin anbieten, wenn wir diesen Anmeldebogen ausgefüllt vorliegen haben!

Schritt 1 Füllen Sie diesen Anmeldebogen möglichst vollständig aus (Ihre Kinderärztin / Ihr Kinderarzt oder Ihre Hals-Nasen-Ohren-Ärztin / Ihr Hals-Nasen-Ohren-Arzt ist Ihnen sicher dabei behilflich). Anschließend bitte ausdrucken und an den gekennzeichneten Stellen unterschreiben.

Schritt 2 Bitte legen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen Ihrer überweisenden Kinderarztpraxis oder Hals-Nasen-Ohren-Praxis vor. Der Kinderarzt/ die Kinderärztin macht auf Seite 2 Ergänzungen und erteilt ihre Zustimmung zur Behandlung in unserem SPZ (Stempel und Unterschrift).

Schritt 3 Ergänzen Sie den **Anmeldebogen mit Vorbefunden**, Arztbriefen etc., die Ihnen bereits aus früheren Untersuchungen oder Krankenhausaufenthalten vorliegen.

Schritt 4 Bitte schicken Sie den Anmeldebogen zusammen mit den Vorbefunden

- › als Scan per Mail an hno.ambulanz@ukbonn.de
- › per Post an
Universitätsklinikum Bonn
Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Venusberg Campus 1, Geb. A03
53127 Bonn
- › per Fax an +49 (0)228 287-11336

Schritt 5 Ab jetzt sind wir am Zug. Nachdem wir Ihren Anmeldebogen und die Vorbefunde erhalten haben, macht unser ärztliches Team eine erste Einschätzung und plant notwendige Untersuchungs- oder Test-Termine. **Wir melden uns bei Ihnen**, sobald wir Ihnen den Termin mitteilen können. Deshalb geben Sie bitte auf jeden Fall Ihre Telefonnummer und Email-Adresse an! Wir bitten um **rechtzeitige Terminabsage**, falls Sie den Termin nicht wahrnehmen können.

Für den Termin in unserer Klinik, benötigen Sie eine Überweisung:

- › bei **alleiniger Hörtestung** ist eine SPZ-Überweisung nicht notwendig
- › **Überweisung in das SPZ** von Ihrem/Ihrer Kinder- und Jugendarzt/-ärztin (gesetzlich Versicherte) bei Schwerhörigkeit, Hörgerätekontrolle, Cochlea-Implantat-Kontrolle, AVWS, bei Sprachentwicklungsstörungen, und Schluck- und Stimmstörungen.
- › **Versicherungskarte** (gesetzlich Versicherte)
- › das gelbe **U-Heft**
- › alle **Vorbefunde**, MRT-CDs, Arztbriefe usw.

Patient/Patientin

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich divers

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon: _____ Email: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Krankenkasse: _____ privat Versichert: Ja Nein

Kinderärztin/Kinderarzt (Name, Adresse, Telefonnummer):

HNO-Ärztin/HNO-Arzt: (Name, Adresse, Telefonnummer):

Von der Kinderärztin/vom Kinderarzt bei Überweisung ans SPZ bei Schwerhörigkeiten, AVWS, Sprachentwicklungs-, Schluck- und Stimmstörungen auszufüllen:

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

_____ Datum

_____ Stempel

_____ Unterschrift

Mit welcher Fragestellung möchten sie Ihr Kind in unserer Klinik vorstellen?

Hörprüfung

Neugeborenenhörscreening

Sprachentwicklungsdiagnostik

Auditive Verarbeitungs-Wahrnehmungsstörung (AVWS)

Operation, welche: _____

Sonstiges: _____

Familie

Eltern: leben gemeinsam leben getrennt Kind lebt bei: Mutter Vater

Sorgerecht: gemeinsam Mutter Vater

Eltern:

Vater

Mutter

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

Kindergarten: Nein Ja, seit _____ integrativer Kindergarten

Schule: Einschulung mit: _____ Jahren

Grundschule Realschule Hauptschule

Gesamtschule Gymnasium Förderschule mit dem Förderschwerpunkt: _____

Klassenwiederholung: Nein Ja, in Stufe _____

Krankheiten Ihres Kindes

Gab oder gibt es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

Nein Ja, folgende: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Nein Ja, folgende:

_____, Dosierung: _____

_____, Dosierung: _____

_____, Dosierung: _____

War Ihr Kind bereits stationär (mit Übernachtung) im Krankenhaus? Nein Ja, weil

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung oder hatte eine Erkrankung mit (Spät-)Folgen
(z. B. Trisomie 21, Herzfehler, Epilepsie, Hydrocephalus)? Nein Ja, folgende

Liegt eine Fütter- oder Schluckstörung bei ihrem Kind vor? Nein Ja

Erhält Ihr Kind eine spezielle Ernährung? Nein Ja

Hypoallergen Vegan Magensonde PEG Sonstige: _____

Wurde Ihr Kind bereits an einer der folgenden Stellen vorstellig?

Bitte vorliegende Befunde mitbringen

Physiotherapie Ergotherapie Psychologische Therapie

Logopädie Frühförderung Lerntherapie Hörfrühförderung

anderes SPZ bzw. Neuropädiatrie (KINZ): _____ Kinder- und Jugendpsychia-
ter/in

Mein Kind:

schnarcht nachts: Ja Nein

atmet viel durch den Mund: Ja Nein

hatte mehr als 3 Mittelohrentzündungen im letzten Jahr: Ja Nein

es liegt eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte vor: Ja Nein

Hören

In unserer Familie gibt es junge Menschen, die Hörgeräte tragen: Ja Nein

Mein Kind hört schlecht: Ja Nein

Wenn ja, wo wurde es festgestellt? _____ Wann? _____

Mein Kind trägt Hörgeräte: rechts links beidseits

Pädakustiker: _____

Cochlea Implantat (CI): rechts links beidseits

Sprachentwicklung

Mein Kind spricht so wie andere Kinder in seinem Alter: Ja Nein weiß nicht

Mein Kind hat/hatte Logopädie: Ja Nein

Wenn ja wieviele Stunden?: <10 < 30 > 60

Bitte fügen Sie vorliegende Therapieberichte Logopädie bei

Kommen Sie zwecks Weiterverordnung Logopädie? Ja Nein

Gibt es Verhaltensprobleme? zu Hause im Kindergarten/Schule

Liegt eine Lese- oder Rechtschreibstörung vor? Ja Nein

Liegt eine Aufmerksamkeitssörung vor? Ja Nein

Welche: _____

Bemerkung: _____

Bitte keine Termine zu folgenden Zeiten/Tagen: _____

Hiermit bestätige ich, dass die Anmeldung des o.g. Kindes mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgt. Im Falle eines geteilten Sorgerechts, ist die Unterschrift beider Elternteile erforderlich.

Datum _____ Unterschrift/en _____

Datenschutz:

Mit Abgabe dieser 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 richten. <https://www.ukbonn.de/42256BC8002AF3E7/direct/datenschutzerklaerung>