

Anmeldebogen


 Wir können Ihnen erst einen Termin anbieten, wenn wir diesen Anmeldebogen erhalten haben!

- Schritt 1** Füllen Sie diesen Anmeldebogen möglichst vollständig aus (Ihre Kinderärztin / Ihr Kinderarzt ist Ihnen sicher dabei behilflich). Anschließend bitte ausdrucken und an den gekennzeichneten Stellen **unterschreiben**.
- Schritt 2** Bitte legen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen Ihrer **Kinderarztpraxis** vor. Der Kinderarzt/ die Kinderärztin macht auf **Seite 2** Ergänzungen und erteilt ihre Zustimmung zur Behandlung im SPZ der Uniklinik Bonn (Stempel und Unterschrift).
- Schritt 3** Ergänzen Sie den Anmeldebogen mit **Vorbefunden**, Arztbriefen, Blutbildern etc., die Ihnen bereits aus früheren Untersuchungen oder Krankenhausaufenthalten vorliegen.
- Schritt 3** Bitte schicken Sie uns den von der Kinderarztpraxis abgestempelten und ergänzten Anmeldebogen zusammen mit den Vorbefunden

Kontakt: UKB
Neuropädiatrie & SPZ
Venusberg Campus 1, Geb. B31
53127 Bonn
patient-kinderneurologie@ukbonn.de
Fax: 0228 287 90 33344

- Schritt 4** *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 rufen Sie an**, sobald wir Ihnen die Termine mitteilen können. Deshalb geben Sie bitte auf jeden Fall Ihre Telefonnummer an!*

Für den Termin in unserem SPZ benötigen Sie

- ✓ **Überweisung in das SPZ** von Ihrem/Ihrer Kinder- und Jugendarzt/-ärztin (gesetzlich Versicherte)
- ✓ **Versicherungskarte** (gesetzlich Versicherte)
- ✓ das gelbe **U-Heft**
- ✓ alle Vorbefunde, MRT-CDs, Arztbriefe usw.
- ✓  **Privat Versichert?** Für unsere interdisziplinären Leistungen stellen wir Ihnen **eine Quartalspauschale von 446,65 € in Rechnung**. Klären Sie bitte vorab die Kostenübernahme durch Ihre private Krankenversicherung; sofern Sie beihilfeberechtigt sind, auch mit Ihrer Beihilfestelle. Sie sollten Ihre Beihilfe darauf hinweisen, dass die PKV nach Zustimmung, sowie die GKV, unsere Leistungen mit einer Quartalspauschale von 446,65 € vergütet und wir keine Rechnung auf Grundlage der GOÄ stellen. **Sollte die Kostenübernahme durch die PKV/Beihilfe nicht erfolgen, verpflichten Sie sich zu der Zahlung der Rechnung.**

Patient/Patientin

Nachname: _____ Vorname: _____

Geb. Datum _____ weiblich männlich divers

Anschrift (Str., Hausnr., PLZ, Ort)

Telefon _____ E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Von der Kinderärztin / vom Kinderarzt auszufüllen:

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

Datum

Stempel

Unterschrift

Fragestellung der/des überweisenden Kinderärztin/-arztes:

Das Wichtigste

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und warum kommen Sie zu uns?

Welche Hilfen wünschen Sie sich?

Familie

Eltern leben gemeinsam leben getrennt, Kind lebt bei Mutter Vater

Sorgerecht gemeinsam Mutter Vater

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

Geschwister:

Geschwister sind in unserem SPZ bekannt? Nein Ja

Schwerbehindertenausweis vorhanden? Nein Ja, Grad:

Merkmale: _____ Pflegegrad? Nein Ja, Grad/Stufe: _____

Besteht oder bestand Kontakt zum Jugendamt? Nein Ja

Kinderarzt: _____

Die Vorstellung im SPZ erfolgt auf Empfehlung von:

Kindergarten Schule Kinder- & Jugendarzt/-ärztin Therapeut/in

Vorerkrankungen in der Familie

Bitte nennen Sie die Art der Erkrankung, wer erkrankt ist und seit wann (z. B. Opa, Epilepsie, seit 16. Lebensjahr)

Vorgeschichte

Schwangerschaft:

Ohne Probleme Probleme:

Auffällige Voruntersuchungen: Nein Ja:

Medikamenteneinnahme während Schwangerschaft? Nein Ja:

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Nikotin konsumiert Nein Ja

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert Nein Ja

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, folgende:

Gewicht: _____ g Körperlänge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Bisherige Entwicklung

Wann hatte Ihr Kind folgende Meilensteine erreicht?

	Alter in Monaten		Alter in Monaten
Freies Sitzen	_____	Freies Laufen	_____
Krabbeln	_____	Trocken	_____
Erste Worte	_____	„sauber“	_____

Beschreiben Sie die Entwicklung in eigenen Worten:

Kindergarten: Nein Ja, seit _____

Schule: Nein Ja, Einschulung mit: _____ Jahren

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:

Erhält Ihr Kind eine spezielle Ernährung?

Nein Ja, Hypoallergen Vegan Sonstige: _____

Gibt oder gab es Hilfsmittel? (z.B. Rollstuhl, Gehhilfe) Nein Ja, folgende:

Wurde Ihr Kind bereits an einer der folgenden Stellen vorstellig?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Psychologische Therapie |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Frühförderung | <input type="checkbox"/> Stationäre Aufenthalte |
| <input type="checkbox"/> anderes SPZ | | |

Spielen und Verhalten

Was gefällt Ihnen besonders gut an Ihrem Kind?

Was fällt Ihrem Kind schwer und in welchen Situationen?

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne und wie?

Gibt es Verhaltensprobleme zu Hause im Kindergarten/Schule? Welche:

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

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>