Bitte beachten Sie:
Derzeit können wir psychologische Anfragen / Anmeldungen (auch ADHS und Autismus) aus anderen Landkreisen NICHT annehmen.

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, setzten 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 prüfen unsere Ärzte die Unterlagen und entscheiden über die Aufnahme oder Ablehnung des Kindes. 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

Kinderzentrum Mosbach

Heidelberger Str. 20 - 74821 Mosbach - Tel. 0 62 61 / 97 15-0 - Fax 0 62 61 / 97 15 50 - Mail: kiz@johannes-diakonie.de

☐ **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?

☐ motorische Entwicklung ☐ sozial- emotionale Entwicklung ☐ schulische Entwicklung

☐ sprachliche Entwicklung ☐ geistige Entwicklung ☐ frühkindliche Regulation (Schreien / Schlafstörung)

☐ körperliche Auffälligkeiten (auffäll. Kopfform/Kleinwuchs) ☐ Krampfanfälle/Kopfschmerzen ☐ Einnässen / Einkoten

☐ Sehbeeinträchtigung/Blindheit ☐ Schwerhörigkeit ☐ Andere

Kinderzentrum Mosbach

Kinderzentrum Mosbach

Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen ? (Bitte unbedingt ausfüllen!)

_____

_____

_____

Wann haben Sie diese Auffälligkeiten erstmals wahrgenommen? Im Alter von: _____

Wer hat die Vorstellung veranlasst? _____

Wird / wurde ein Geschwisterkind schon einmal bei uns untersucht ?

☐ Ja Wann? Name, Vorname: 1. _____
2. _____
☐ Nein 3. _____

Wurde oder wird Ihr Kind wegen der von Ihnen aufgeführten Auffälligkeiten bereits an anderer Stelle ärztlich/ psychologisch untersucht oder behandelt? Befundbericht bitte mitschicken!

Ärztliche Behandlung / SPZ:	☐ nein	☐ ja	wann?	wo? _____
Psychologische Behandlung:	☐ nein	☐ ja	wann?	wo? _____
Krankenhausaufenthalte:	☐ nein	☐ ja	wann?	wo? _____
Hörprüfung:	☐ nein	☐ ja	wann?	wo? _____
Sehprüfung:	☐ nein	☐ ja	wann?	wo? _____
Schädel-Sono:	☐ nein	☐ ja	wann?	wo? _____
EEG:	☐ nein	☐ ja	wann?	wo? _____
MRT:	☐ nein	☐ ja	wann?	wo? _____
				welches Organ: _____

Bekommt ihr Kind aktuell Förderung und in welchem Umfang? (Anzahl pro Woche)

Physiotherapie/Krankengymnastik:	☐ nein	☐ ja	wie oft?	bei wem _____
Ergotherapie:	☐ nein	☐ ja	wie oft?	bei wem _____
Logopädie:	☐ nein	☐ ja	wie oft?	bei wem _____
Heilpädagogik:	☐ nein	☐ ja	wie oft?	bei wem _____
Psychotherapie:	☐ nein	☐ ja	wie oft?	bei wem _____
Sonstige:	☐ nein	☐ ja	wie oft?	bei wem _____
Nimmt ihr Kind Medikamente?	☐ nein	☐ ja		welche _____
				_____

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:

☐ **Mutter** ☐ **Vater** ☐ **Vormund** ☐ **Sonstige** _____

Hiermit bestätige ich, dass alle Sorgeberechtigten des Kindes mit der Vorstellung im SPZ einverstanden sind.

(Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht benötigen wir zur Anmeldung zwingend die Unterschrift beider Eltern.)

_____	_____	_____
Datum	**Unterschrift**	**Unterschrift**

NUR vom Kinderarzt auszufüllen!

Anmeldung OHNE Arztunterschrift nicht möglich!

☐ **Sozialpädiatrisches Zentrum**

☐ **Interdisziplinäre Frühförderstelle**

Vorstellungsgrund:

Praxisstempel **Datum** **Unterschrift des Arztes**