

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

Name, Vorname des Kindes: _____ Geschlecht: m w

geb. am: _____ in: _____

wohnhaft bei: Eltern Vater Mutter Adoptiveltern Pflegeeltern Heim

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ mobil: _____ geschäftlich: _____

Email: _____

Straße: _____ Versichert mit: _____

Landkreis: _____

Name und Anschrift der Krankenversicherung: _____

Name des Vaters: _____ Vorname: _____

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

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

beschäftigt: ganztags halbtags stundenweise arbeitslos Hausmann

Arbeitgeber: _____

Name der Mutter: _____ Vorname: _____

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

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

beschäftigt: ganztags halbtags stundenweise arbeitslos Hausfrau

Arbeitgeber: _____

Sorgeberechtigte/r (gesetzliche/r Vertreter):

Eltern Mutter Vater

Andere Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Kinderzentrum - Mosbach

Angaben über Ihr Kind

Welche der folgenden Entwicklungsbereiche bereitet Ihnen oder anderen Personen im Umfeld ihres Kindes Sorge:

- motorische Entwicklung sozial- emotionale Entwicklung schulische Entwicklung
 sprachliche Entwicklung geistige Entwicklung

Welche Fragen oder Befürchtungen haben Sie?

Wann haben Sie diese Auffälligkeit erstmals wahrgenommen ?

Im Alter von:

Wer hat die Vorstellung veranlasst?: _____

Bei unserem Kind liegt/lag vor:

- Blindheit/ausgeprägte Sehbeeinträchtigung körperliche Behinderung
 Schwerhörigkeit Epilepsie/Krampfanfälle
 Anderes, nämlich _____

Wurde Ihr Kind schon einmal bei uns im Kinderzentrum Mosbach untersucht ?

Ja Nein

Wann ?

Wurde ein Geschwisterkind schon einmal bei uns untersucht ?

Nein

Ja

Wann?

Name, Vorname:

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: nein ja wann?

bei wem

Psychologische Behandlung: nein ja wann?

bei wem

Krankenhausaufenthalte: nein ja wann?

bei wem

Hörprüfung: nein ja wann?

bei wem

Sehprüfung: nein ja wann?

bei wem

Schädel-Sono: nein ja wann?

bei wem

EEG: nein ja wann?

bei wem

Kinderzentrum - Mosbach

War Ihr Kind in Therapie?
Therapieberichte bitte mitbringen!

Physiotherapie/Krankengymnastik:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wann?	bei wem	_____
Ergotherapie:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wann?	bei wem	_____
Logopädie:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wann?	bei wem	_____
Heilpädagogik:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wann?	bei wem	_____
Psychotherapie:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wann?	bei wem	_____
Sonstige:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wann?	bei wem	_____
Erhält/erhielt Ihr Kind Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

welche?

Dieser Bogen wurde ausgefüllt

am: _____

von: _____

Anmeldung im Sozialpädiatrischen Zentrum:

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin mit:

- Schulhefte/Zeugnisse
- gelbes Vorsorgeheft
- gültige Überweisung
- Versichertenkarte

Anmeldung in der Interdisziplinären Frühförderstelle:

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin mit:

- gelbes Vorsorgeheft
- Versichertenkarte

Ohne die Bestätigung des überweisenden Arztes über die Notwendigkeit der Vorstellung im SPZ (unten) kann kein Vorstellungstermin vereinbart werden.

Vorstellung soll erfolgen:

Sozialpädiatrisches Zentrum

Interdisziplinäre Frühförderstelle

Kommentar:

Praxisstempel

Datum

Unterschrift