

Liebe Eltern,

herzlich willkommen im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem.

Das SPZ ist ein kinderärztlich geführtes, ambulantes Zentrum. Ziel ist es, Kinder und Jugendliche mit drohenden oder bereits bestehenden chronischen Erkrankungen oder Behinderungen umfassend zu begleiten und zu fördern.

Unser interdisziplinäres Team besteht aus Kinderärztinnen und Kinderärzten, Fachkräften der Bereiche Psychologie, Heilpädagogik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Soziale Arbeit.

Ziel ist es,

- eine fundierte Diagnose für Ihr Kind zu stellen,
- die bestmöglichen Behandlungsmöglichkeiten zu finden und
- Ihr Kind, Sie als Familie sowie ggf. Ihre Einrichtung zu beraten und zu unterstützen.

Damit wir Ihre Termine optimal planen können, benötigen wir neben der Überweisung Ihres Kinder- und Jugendmediziners (bzw. Hausarztes) einige weitere Angaben. Bitte füllen Sie dazu den beigefügten Fragebogen vollständig aus. Sobald uns sowohl die Überweisung als auch der ausgefüllte Fragebogen vorliegen, erhalten Sie weitere Informationen per Post.

Wichtiger Hinweis:

Sollten folgende Institutionen oder Personen in die Betreuung oder Erziehung Ihres Kindes eingebunden sein, legen Sie bitte die entsprechenden Vollmachten bei:

- Wohngruppe/stationäre Erziehung
- Pflegefamilie
- Familienhilfe/Erziehungsbeistand
- Vormund/Ergänzungspflege

Falls Ihnen aktuelle Entwicklungseinschätzungen der Kita oder Schule, Zeugnisse, medizinische Vorbefunde oder Vorberichte sowie ein aktueller Medikamentenplan vorliegen (ggf. beim Haus- oder Kinderarzt anfordern), reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Fragebogen ein. Ohne relevante Vorbefunde von Vorbehandlern kann keine Terminvergabe erfolgen.

Zu den Terminen ist die Anwesenheit eines Sorgeberechtigten oder gesetzlichen Vormunds erforderlich. Bei Vertretung durch andere Personen ist eine schriftliche Vollmacht vorzulegen.

Bitte füllen Sie die Unterlagen vollständig aus. Unvollständige Angaben führen zu zusätzlichem Aufwand und verzögern die Terminvergabe.

Bei Rückfragen erreichen Sie uns:

- Telefon: 0355–462445
- Telefonsprechzeiten: Mo, Di & Fr 11–12 Uhr | Mi & Do 13–14 Uhr
- E-Mail: infospz@mul-ct.de

Mit freundlichen Grüßen
Ihr SPZ-Team

Allgemeine Angaben

Name, Vorname des Kindes: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon/E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____

Bei wem ist das Kind versichert (Name, Vorname): _____

Nationalität: _____ Familiensprache: _____

Sonstige Sprachkenntnisse: _____

Sollten Sie einen Dolmetscher benötigen, gewährleisten Sie in diesem Fall die Teilnahme eines Dolmetschers zum Termin.

Dafür wenden Sie sich bitte an einen Dolmetscherdienst (z. B. Dolmetscherdienst Berlin-Brandenburg für alle Sprachen; dolmetscherdienst-bb@web.de oder 030 / 893 797 35).
Hinweis: Für medizinische Informationen dürfen Minderjährige nicht zum Übersetzen herangezogen werden.

Angaben zum überweisenden Arzt

Name: _____

Anschrift: _____

Sorgeberechtigte (bitte ankreuzen)

Bei wem lebt das Kind?

☐ beide Eltern ☐ nur Mutter ☐ nur Vater

☐ andere Personen:

☐ Adoptivkind, seit wann in der Familie: _____ ☐ Pflegekind, seit wann in der Familie: _____

☐ Abweichende Wohnform und -adresse* (WG, IWE, Kinderheim etc.), seit wann: _____

Wer hat das Sorgerecht? ☐ beide Eltern ☐ nur Mutter ☐ nur Vater
 ☐ andere Personen ☐ Pflegepersonen ☐ Amtsvormund*

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer (dringend erforderlich): _____

E-Mail (dringend erforderlich): _____

** Angabe Name, Adresse, Kontaktdaten des Amtsvormunds; WG, IWE, Kinderheim etc.):*

Telefon (dringend erforderlich): _____

E-Mail (dringend erforderlich): _____

Angaben zur Familie

☐ Mutter ☐ Adoptiv-/Pflegemutter

☐ Vater ☐ Adoptiv-/Pflegevater

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Geburtsort: _____

Nationalität: _____

Nationalität: _____

erlernter Beruf: _____

erlernter Beruf: _____

aktuelle Tätigkeit: _____

aktuelle Tätigkeit: _____

Geschwister/Halbgeschwister (einschließlich des angemeldeten Kindes, nach Geburtsreihenfolge)

Name, Vorname	Geburts- datum	Einrichtung (Kita, Schule, usw.)	Besonderheiten, Erkrankungen	Bereits im SPZ in Behandlung

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern?

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, bei wem und welche? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal im SPZ Cottbus vorgestellt?

☐ Nein ☐ Ja

Datum und Grund der ersten Vorstellung: _____

Angaben zu Ihrem Kind: Schwangerschaft, Geburt, bisherige Entwicklung

Gab es während der Schwangerschaft besondere Auffälligkeiten, Störungen oder seelische Belastungen? _____

Die Geburt erfolgte ☐ rechtzeitig ☐ zu früh* ☐ zu spät

*Tage/Wochen vor errechnetem Termin: _____ errechneter Termin: _____

Gab es während der Geburt Auffälligkeiten? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Geburtsgewicht: _____ g Körperlänge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenstagen?

- | | |
|---|--|
| ☐ Atemstörungen | ☐ auffallend starke Gelbsucht |
| ☐ Trinkschwäche | ☐ auffallend ruhiges Kind |
| ☐ Fieber | ☐ besonders große Unruhe (Schreikind) |
| ☐ Krampfanfälle | |
| ☐ Besonderheiten/Probleme bei der Nahrungsaufnahme | _____ |
| ☐ andere Probleme: | _____ |

Wann sind folgende Entwicklungsschritte erstmals beobachtet wurden?

Krabbeln mit:	_____ Monaten	Erstes Wort mit:	_____ Monaten
selbstständiges Hinsetzen mit:	_____ Monaten	Zweiwortsätze ab:	_____ Monaten
selbstständiges Essen mit:	_____ Monaten	Dreiwortsätze ab:	_____ Monaten
freies Laufen mit:	_____ Monaten	tagsüber trocken ab:	_____ Monaten
selbstständiges Anziehen mit:	_____ Monaten	nachts trocken ab:	_____ Monaten

Angaben zu Ihrem Kind: Kindergarten und Schule

Aktuell: Besuch von Kindergarten/Schule? ☐ Nein ☐ Ja, seit _____ ☐ geplant ab _____
Name und Ort der Kindereinrichtung/ Schule _____

Gibt es Probleme in der Einrichtung? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, aus welchem Grund? _____

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult? _____
Derzeitige Klassenstufe: _____ Klasse wiederholt? ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Welche Schulform besucht Ihr Kind?

- | | |
|--|--|
| ☐ Grundschule | ☐ weiterführende Schule: _____ |
| ☐ Förderschule „Lernen“ | ☐ Förderschule „Geistige Entwicklung“ |
| ☐ Förderschule „Soziale und emotionale Entwicklung“ | ☐ Förderschule „Körperliche und motorische Entwicklung“ |

Angaben zur Vorstellung

Weshalb möchten Sie Ihr Kind im SPZ Cottbus vorstellen? Welche Probleme sehen Sie?

Wurde bereits eine Diagnose gestellt? ☐ Nein ☐ Ja
(bitte legen Sie Kopien von Arztberichten, Befunden, MRT-Bildern etc. bei)
Wenn ja, welche? _____

Bestehen chronische Erkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, welche? _____

Besteht/Bestand eine Mitbetreuung durch andere Fachärzte? ☐ Nein ☐ Ja
Bitte Grund, Zeitraum und behandelnde Stelle angeben.

War Ihr Kind stationär im Krankenhaus? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, Wann? Wo? Warum? _____

Erhält Ihr Kind dauerhaft Medikamente?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____

Welche anderen Untersuchungen (MRT, CT, EEG etc.) wurden durchgeführt?

(bitte legen Sie Kopien von Arztberichten, Befunden, MRT-Bildern etc. bei)

Hat Ihr Kind epileptische Anfälle?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, wann zuletzt? _____

Bitte kurze Beschreibung:

Fördersituation Ihres Kindes

Erhält Ihr Kind Frühförderung?

☐ Nein

☐ Ja, seit _____

☐ geplant ab _____

Name des Trägers: _____

Erhält oder erhielt Ihr Kind eine der folgenden Therapien oder Diagnostik?

Förderung/Therapie	Zeitraum	Institution/ Kontaktperson
Physiotherapie		
Logopädie		
Ergotherapie		
Psychotherapie		
Sonstige (z. B. Kur, Reha, Erziehungsberatung)		

Erhält oder erhielt Ihr Kind andere Therapien?

☐ Nein

☐ Ja, seit _____

Wenn ja, welche? Wie oft? _____

Hilfsmittel

Ist Ihr Kind auf spezielle Hilfsmittel angewiesen?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche (z. B. Rollstuhl, Brille, Hörgerät)? _____

Schulpsychologische Diagnostik/sonderpädagogischer Förderbedarf

Falls erfolgt: Was ergab die Vorstellung beim Sonderpädagogen/Schulpsychologen?

Besteht bereits ein **sonderpädagogischer Förderschwerpunkt**? ☐ Nein ☐ Ja

- | | |
|---|---|
| ☐ Lernen | ☐ Sprache |
| ☐ Geistige Entwicklung | ☐ Autismus (ASS) |
| ☐ Sehen | ☐ Körperliche/motorische Entwicklung |
| ☐ Hören | ☐ Soziale und emotionale Entwicklung |

Wurden Maßnahmen im Sinne eines Nachteilsausgleiches festgelegt? Wenn ja, welche?

Welche der folgenden **Schwierigkeiten/Auffälligkeiten** beobachten Sie bei Ihrem Kind?

Im Bereich der Entwicklung:

- | | |
|--|---|
| ☐ Störungen der Sehfähigkeit | ☐ Störungen im motorischen Bewegungsablauf |
| ☐ Störungen der Hörfähigkeit | ☐ Störungen in der Sauberkeitsentwicklung |
| ☐ Störungen der Sprachentwicklung | ☐ Störungen im Wachstum/Körperbau |
| ☐ Störungen der geistigen Entwicklung | |
| ☐ andere Störungen: _____ | |

Im Bereich des Verhaltens:

- | | |
|--|--|
| ☐ übermäßige Ängstlichkeit | ☐ Kontaktschwierigkeiten |
| ☐ starke motorische Unruhe | ☐ übermäßige Wut-, Trotzanfälle |
| ☐ Konzentrationsschwierigkeiten | ☐ Aggressivität |
| ☐ Schlafstörungen | ☐ Erziehungsschwierigkeiten |
| ☐ Essstörungen | |
| ☐ andere Probleme: _____ | |

Stärken Ihres Kindes

Was kann Ihr Kind besonders gut?

Sozialrechtliche Förderung und familienunterstützende Hilfen

Pflegegrad ☐ Nein ☐ beantragt ☐ Ja Pflegegrad: _____
Schwerbehindertenausweis ☐ Nein ☐ beantragt ☐ Ja
GdB: ____ Merkzeichen: _____

Gibt es familienunterstützende Maßnahmen? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche und seit wann? _____

Mit einer Kontaktaufnahme per Mail bin ich einverstanden ☐ Nein ☐ Ja

Hinweis bei getrenntlebenden Sorgeberechtigten:

Bei gemeinsamem Sorgerecht erfolgt die laufende Kommunikation des SPZ grundsätzlich über den das Kind begleitenden Sorgeberechtigten. Die Sorgeberechtigten sind verpflichtet, gegenseitige Informationen über Termine, diagnostische und therapeutische Maßnahmen sowie Inhalte der Behandlung untereinander auszutauschen. Therapeutische oder umfangreiche medizinische Auskünfte erfolgen ausschließlich im Rahmen geplanter Gespräche oder schriftlicher Befundmitteilungen.

Das Sozialpädiatrische Zentrum ist nicht verpflichtet, sämtliche Informationen oder Mitteilungen an beide Sorgeberechtigten gesondert zu übermitteln, sofern keine anderslautende schriftliche Vereinbarung oder gerichtliche Regelung vorliegt.

Dies gilt nicht bei wesentlichen medizinischen Ergebnissen und/oder wesentlichen medizinischen Entscheidungen und stellt keinen Ausschluss zwingender gesetzlicher Rechte dar.

Bitte beachten Sie: Voraussetzung für die Behandlung im SPZ ist die Unterschrift aller Sorgeberechtigten.

Sorgeberechtigte(r)1: _____ Sorgeberechtigte(r)2: _____

Ggf. Vormund: _____

**Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu
beantworten!**
