

## Anmeldung im Sozialpädiatrischen Zentrum

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) am UKD ist eine spezialisierte Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung von Kindern und Jugendlichen. Tätigkeitsschwerpunkte im SPZ sind die Früherkennung von Entwicklungsstörungen und die Betreuung von Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen und mehrfachen Behinderungen.

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Klinikdirektor:  
Prof. Dr. med. R. Berner

Um Ihr Kind im SPZ anzumelden, beachten Sie bitte die nachfolgenden Schritte:

1. **Bitte halten Sie Rücksprache** mit Ihrem Kinderarzt, ob er eine Vorstellung im SPZ am UKD für erforderlich hält. Für den Fall, dass er sich für eine sozialpädiatrische Mitbetreuung entscheidet, bitten wir um das Ausfüllen des nachfolgenden Anmeldebogens durch Ihren Kinderarzt sowie Versendung an uns.
2. Erst nach Eingang des **vollständig** ausgefüllten Anmeldebogens erhalten Sie von uns innerhalb von **2 Wochen** eine Rückmeldung. Termine werden in Abhängigkeit der Fragestellung bzw. des Krankheitsbildes und der Verfügbarkeit eines freien Termins vergeben.
3. Zum geplanten Termin bringen Sie bitte einen aktuellen **Überweisungsschein des Kinderarztes** zur vollständigen Kostenübernahme durch die Krankenkasse sowie die Chipkarte des Kindes mit.

Abteilung Neuropädiatrie & Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)  
Leiterin:  
Prof. Dr. med. M. von der Hagen

Fetscherstr. 74  
01307 Dresden  
Tel.: 03 51 – 458-6190  
Fax: 03 51 – 458-7250

Email:  
[spz@uniklinikum-dresden.de](mailto:spz@uniklinikum-dresden.de)

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Telefonisch unter 0351 458-6190 oder per Email unter [spz@uniklinikum-dresden.de](mailto:spz@uniklinikum-dresden.de).



## Anmeldebogen

- VON DEN ELTERN AUSZUFÜLLEN -

### Kontaktdaten des Patienten

Familienname des Kindes:

Vorname:

Geschlecht: männlich

weiblich

Geb. Datum:

Wohnhaft bei: Eltern

Vater

Mutter

Adoptiveltern

Pflegeeltern

im Heim

Anschrift:

Telefonnummer:

Email:

**Fragen zum kulturellen Hintergrund** (wenn Deutschland dann NICHT beantworten - weiter ab Frage "Sorgerecht")

Geburtsland / Staatsangehörigkeit der Mutter:

Geburtsland / Staatsangehörigkeit des Vaters:

Kind in Deutschland geboren

ja

nein

Einreisejahr:

**Muttersprache des Kindes deutsch:**

ja

nein

Deutschkenntnisse des Kindes:

Deutschkenntnisse der Eltern:

Benötigen Sie Hilfe bei der Organisation eines Dolmetschers?

ja

nein

Wir bitten um Kontaktdaten des zuständigen Dolmetschers (Name, Vorname, Tel-Nr.)

Wer hat das **Sorgerecht**?

Eltern

nur Mutter

nur Vater

Amtsvormund

sonstige:

Name, Vorname des/der Sorgeberechtigten:

Anschrift (falls abweichend):

**Welche Hilfe für ihr Kind erwarten die Eltern?:**

- VOM KINDERARZT AUSZUFÜLLEN -

**Überweisender Kinderarzt:**

Hier Stempel der Kinderarztpraxis

**Verdachtsdiagnose / Fragestellung:**

**Befindet sich das Kind in Betreuung anderer SPZ/Fachärzte/Jugendamt?**

**Wenn ja-** welche Einrichtungen u. wie lauten die Diagnosen? (Vorbefunde bitte in Kopie beilegen)

**Beschreibung der Entwicklungsauffälligkeiten:**

**Welche Therapien, Behandlungen und/oder Fördermaßnahmen wurden bislang durchgeführt?**

Physiotherapie    Logopädie    Ergotherapie    andere:

stationäre Rehabilitationen:

**Wird eine heilpädagogische Frühförderung durchgeführt?**

nein    ja                    falls ja Welche Frühförderstelle?:

seit:

.....  
**Datum /Stempel und  
Unterschrift des Kinderarztes**

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im SPZ am UKD zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre ich/wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen einer etwaig weiteren sorgeberechtigten Person rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen und, dass diese mit der Anmeldung im SPZ am UKD einverstanden ist.

**X** .....  
**Datum & eigenhändige Unterschrift/-en aller Personensorgeberechtigten**

*Hinweis: Ohne Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im SPZ am UKD aus rechtlichen Gründen nicht möglich!*

*Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und tragen Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts ein.*