

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____



Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Neuropädiatrie und Muskelerkrankungen
**Neuropädiatrische Ambulanz
und Sozialpädiatrisches Zentrum**

Telefon: 0761 270-43520
Telefax: 0761 270-43500

Name, Vorname, Straße, Wohnort des Versicherten _____ Geburtsdatum _____

Kassen-Nummer _____ Versicherten-Nummer _____ Status _____

Betriebsstätten-Nummer _____ Arzt-Nummer _____ Datum _____

Telefonnummer der Familie: _____

Praxisstempel

Anmeldende/r Ärztin/Arzt: _____

Telefon: _____

Fax: _____



Datenschutzvereinbarung wurde unterschrieben

Terminanmeldung Neuropädiatrische Ambulanz und Sozialpädiatrisches Zentrum durch den überweisenden Arzt

Überweisungsgrund / Fragestellung (Welche Untersuchungen erwarten Sie?)

In folgenden Bereichen ist der Patient auffällig:

Entwicklung

- Motorische Koordination
- Sprache
- Kognitive Entwicklung/Intelligenz
- Selbstständigkeit
- frühkindliche Regulation/Verhalten
- Kontakt/Kommunikation
- Konzentration/Aufmerksamkeit
- Schulleistungen
- Visus Gehör

Somatisch/Neurologisch

- Somatische Entwicklung (Dystrophie, Dysmorphie)
- Ernährung
- Schlaf
- Kopfschmerzen
- Anfälle, Epilepsie
- Zerebrale Bewegungsstörung
- Muskelerkrankung
- Zerebrale Raumforderung

Sonstiges

Erstvorstellung (wegen dieser Problematik) Kontrolltermin

eilig Begründung: _____

regulär

Vorbefunde (U.-Heft, Impfpass, Labor, aktuelle Medikation, Symptom "Kalender", Sonstiges, bitte unbedingt zum Termin mitbringen)

Bitte beachten Sie:

Die personellen und räumlichen Ressourcen unseres SPZ sind begrenzt. Um vor allem für dringliche Fälle die Wartezeiten überschaubar zu halten, müssen wir wie auch andere SPZ eine Vorauswahl der Patienten treffen. Säuglinge und Kleinkinder erhalten immer einen SPZ-Arzttermin, das weitere Vorgehen wird dann im SPZ-Team festgelegt. Bei Schulkindern mit Leistungs- und Verhaltensstörungen ohne somatische Grundkrankheit bieten wir eine kurzfristige Evaluation über einen ausführlichen Elternfragebogen an. Wenn uns der ausgefüllte Fragebogen mit einer Überweisung zugeht, können wir zeitnah über die Terminvergabe entscheiden oder die Eltern telefonisch beraten und an geeignete Einrichtungen verweisen. So werden unnötige Wartezeiten vermieden.

Terminmitteilung (wird vom ZKJ ausgefüllt)

Termin am: _____ um: _____ in o.g. Ambulanz (bitte ca. 20 min. für Anmeldung einplanen!)

an zuweisenden Arzt (per Fax) an Patienten (Familie) per Brief am: _____

telefonisch (nur in Ausnahmefällen, Begründung): _____