

KINDERZENTRUM

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM
Chefärztin Dr. med. Christiane Fritsch
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,
Schwerpunkt Neuropädiatrie

Mauerstraße 5
PF 200254 | 06003 Halle (Saale)
Telefon (0345) 213 - 57 02
Telefax (0345) 213 - 57 03

BESUCHERADRESSE
Barbarastraße 4
06110 Halle (Saale)

Ihre Zeichen/Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen

Durchwahl
213 - 5801

Datum

Sehr geehrte Familie,
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Anmeldung Ihres/des Kindes im SPZ des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale).

Senden Sie uns bitte folgende Unterlagen

- ausgefüllter Fragebogen mit Angabe einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme
- Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten (vollständig ausgefüllt und unterschrieben)
- Überweisungsschein an das SPZ Halle mit Überweisungsdiagnose vom Kinder- oder Hausarzt
- ggf. Vorbefunde in Kopie

per Email an:

empfang.spz@krankenhaus-halle-saale.de

oder per Post an:

SPZ Halle
Barbarastr. 4
06110 Halle

*Erst nach vollständigem Eingang aller o.g. Unterlagen erfolgt die Terminvergabe.
Die Termine werden Ihnen dann schriftlich mitgeteilt.*

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des SPZ Halle



Krankenhaus St. Elisabeth und
St. Barbara Halle (Saale) GmbH
Sitz der Gesellschaft: Halle (Saale)
Amtsgericht: Stendal
HRB: 19750
Geschäftsführer: Peter Pfeiffer

Betriebsnummer: 03 42 56 52
Inst.-Kennz.: 261 50 06 77
UST-IdNr.: DE292022187
Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
BIC: BFSWDE33MAG
IBAN: DE57 8102 0500 0001 4830 00

Krankenkasse bzw. Kostenträger Techniker Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten TK-Mustermann Max Barbarastr. 4 D 06110 Halle		
		geb. am 01.01.95
Kassen-Nr. 101575519	Versicherten-Nr. T555558879	Status 1000000
Betriebsstätten-Nr. 867834000	Arzt-Nr. 999999990	Datum 14.07.23

Überweisungsschein

Aktuelles Quartal **06**
Quartal

Kurativ
 Präventiv
 Behndl. gemäß § 118b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallsfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Geschlecht: **3** **23**

Überweisung an SPZ Halle

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

AU bis: **T T M M J J**

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Diagnose bitte hier eintragen!

Befund/Medikation

Auftrag

Anschrift Arzt

Unterschrift

Paul Abrechts Verlag, 22952 Lütjensee

FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IM SPZ



Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

m / w

PLZ, Wohnort, Straße

Bild vom Kind wäre schön

Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara

Sozialpädiatrisches Zentrum
Barbarastraße 4
06110 Halle (Saale)

CÄ Dr. med. Ch. Fritzsch
Tel.: 0345 213-5702

empfang.spz@krankenhaus-halle-saale.de

Telefonnummer _____

Nationalität: deutsch andere Sprache: _____

Dolmetscher (Name/Telefon):

Gesetzlicher Vertreter: Eltern Vater Mutter Vormund

Das Kind lebt bei seinem gesetzlichen Vertreter: Ja Nein

wenn **NEIN**: bei wem und wo?

Fragen zu den Eltern

	Vater	Mutter
Name, Vorname (Geburtsname)		
Geburtsdatum		
Wohnung (nur, wenn von obiger Adresse abweichend)		
Schulabschluss		
erlernter Beruf / ausgeübte Tätigkeit		
Arbeitsdauer	<input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> arbeitslos
Staatsangehörigkeit / Herkunftsland:	<input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> andere _____

Waren Sie mit einem Geschwister Ihres Kindes bereits in unserer Einrichtung?

Ja (wann _____) Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Nein

Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung

Krankenkasse: gesetzlich privat Beihilfe

Rentenversicherungsträger: RV Bund RV Mitteldeutschland andere

Über wen ist das Kind versichert? _____

Überweisender Arzt: _____

(Name, Anschrift, Telefon) _____



Fragen zu den Schwierigkeiten Ihres Kindes

1. Für welche Probleme Ihres Kindes suchen Sie vor allem Hilfe? (Eine kurze Beschreibung ist **dringend erforderlich!**)

2. In welchem Bereich bestehen Störungen bzw. Auffälligkeiten? / seit wann?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Koordination / Gleichgewicht/Bewegung | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Sprache | <input type="checkbox"/> Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Hör- und Sehvermögen | <input type="checkbox"/> Erziehung |
| <input type="checkbox"/> Wachstum / Körperbau (z. B. Fehlbildungen) | <input type="checkbox"/> Schulleistungen |
| <input type="checkbox"/> familiäre Probleme | <input type="checkbox"/> anderes: _____ |

3. Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

4. Wer hat Ihnen zur Vorstellung im SPZ geraten?

Fragen zu den bisher aufgesuchten Ärzten und Untersuchungen

Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

	Name	Praxisort	wann	Befund
Kinderarzt				
Neuropädiater				
HNO-Arzt				Hörprüfung
Augenarzt				
Psychologe Psychotherapeut				
Erziehungsberatungsstelle				
Schulpsychologe				
EEG / Neurologe				
MRT/CT				
Röntgen				



Fragen zur Schwangerschaft

- Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind? Der _____ Schwangerschaft.
- Hatten Sie Fehlgeburten / Totgeburten? Ja (wann _____) Nein
- Bestanden während der Schwangerschaft eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Besonderheiten?

<input type="checkbox"/> Blutung / drohende Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Seelische Belastung
<input type="checkbox"/> Schweres Erbrechen (über Monate)	<input type="checkbox"/> Alkohol-/ Zigarettenkonsum / Drogen
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Bestrahlungen / Röntgenuntersuchungen
<input type="checkbox"/> Ödeme	<input type="checkbox"/> Operationen
<input type="checkbox"/> Harnwegsinfektionen / Eiweiß im Urin	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker)
- Wie alt waren die Eltern bei der Geburt des Kindes? Mutter _____ Jahre Vater _____ Jahre

Fragen zur Geburt

- Die Entbindung erfolgte zu Hause im Krankenhaus Geburtshaus o.ä.
- Die Geburt erfolgte rechtzeitig zu früh / zu spät _____ Tage/Wochen
- War der Fruchtwasserabgang vorzeitig (mehr als 6 Stunden vor der Geburt)? Ja Nein nicht bekannt
- War das Fruchtwasser grün? Ja Nein nicht bekannt
- War die Nachgeburt (Placenta) auffällig? Ja Nein nicht bekannt
- War einer der folgenden Eingriffe notwendig? Kaiserschnitt / Saugglocke / Zange
- Bestanden andere Komplikationen (z.B. Nabelschnurvorfall)? Ja Nein
wenn Ja: welche?

- Bestand eine Zwillings- o. Mehrlingsschwangerschaft? Ja Nein

Fragen zum Neugeborenen

- Geben Sie bitte an: Gewicht: _____ g Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm
Apgarwerte: _____ / _____ / _____ NS-pH: _____
- Hat das Kind sofort geschrien? Ja Nein
- Gab es nach der Geburt Probleme? Ja Nein
wenn Ja: welche?

- Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt? Ja Nein
wenn JA: an welchem Tag? _____
Anschrift der Klinik: _____

FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IM SPZ



5. Hatte das Kind in den ersten Lebenstagen
- Atemstörungen
 - Fieber
 - starke Gelbsucht
 - Trinkschwäche
 - Krämpfe
 - andere Erkrankungen
- _____
- _____
6. Wurde Ihr Kind
- gestillt
 - nicht gestillt?
- wie lange: _____?
7. Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme?
(Beim Schlucken, Saugen, Kauen; Speichelfluss etc.)
- Ja
 - Nein
- wenn JA: welche? _____
- _____

Fragen zur Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter

Zu welchem Zeitpunkt konnten Sie erstmals (etwa) beobachten:

- Lächeln mit _____ Monaten
- Drehen mit _____ Monaten
- Krabbeln mit _____ Monaten
- Greifen mit _____ Monaten
- Freies Sitzen mit _____ Monaten
- Freies Laufen mit _____ Monaten
- Erste sinnvolle Worte mit _____ Monaten
- 2-Wort-Sätze mit _____ Monaten
- Sauber (tags) mit _____ Monaten
- Sauber (nachts) mit _____ Monaten

Fragen zu früheren Erkrankungen und Behandlungen

1. Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind bereits?
- _____
2. Erhielt Ihr Kind Impfungen? (bitte Impfausweis mitbringen!) Ja Nein
3. Gab es bei den Impfungen Komplikationen? Ja Nein
- wenn JA: welche?
- _____

4. In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt?

Anschrift der Klinik	wann	wie lange	wegen welcher Erkrankung



5. Erhielt oder erhält Ihr Kind eine der folgenden Behandlungen / Förderungen?

	wegen	wo
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik		
<input type="checkbox"/> heilpädagogische Frühförderung		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie		
<input type="checkbox"/> Komplexleistung IFF		

6. Welche Hilfsmittel hat Ihr Kind?

- Rollstuhl Schienen Brille
 Hörgeräte anderes: _____

Fragen für Kinder mit epileptischen Anfällen

1. Wie läuft der Anfall ab?

2. Wie oft findet ein Anfall statt? mehrmals täglich mal pro Woche
 __mal monatlich mal jährlich

3. Gibt es begleitende oder auslösende Umstände der Anfälle? Fieber
 Erregung
 Schlaf
 andere: _____

4. Der erste Anfall war am: _____ Der letzte Anfall war am: _____

5. Bei wem ist Ihr Kind wegen des Anfallsleidens in Betreuung?

Fragen zu Medikamenten

Nimmt Ihr Kind z. Zt. regelmäßig Medikamente ein?

Medikament	Dosierung	seit wann



Fragen zum Kindergarten- / Schulbesuch Ihres Kindes

1. Welche der folgenden Einrichtungen hat Ihr Kind besucht bzw. besucht es jetzt noch?

- Kindertagesstätte ab _____ Jahre
- Grundschule mit/ohne Förderbedarf _____
- weiterführende Schule _____
- Förderschule
- integrative Kindertagesstätte
- als Integrationskind
- in Beantragung
- als Regelkind

2. Anschrift der Kindereinrichtung/der Schule, die Ihr Kind z. Zt. besucht:

Fragen zur Pflege und Umgebung des Kindes

1. Von wem wurde das Kind bisher vorwiegend erzogen?

- Mutter
- Vater
- beiden Eltern
- Großeltern
- anderen Bezugspersonen:

2. Befand sich Ihr Kind in einer oder mehreren Pflegefamilien, Adoptivfamilien, bei Verwandten oder Bekannten oder zeitweise in einem Kinderwohnhaus oder einer Kinderwohngruppe?

wenn JA: wo und wann?

3. Wie viele Personen leben in der Familie? _____ Personen

4. Gab es besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes?
- Tod der Mutter
 - Tod des Vaters
 - Trennung der Eltern
 - häufiger Wohnungswechsel
 - anderes

5. Gibt es Geschwister? Führen Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf in der Reihenfolge der Geburten (ggf. auch verstorbene Kinder)!

Vorname	Geburtsdatum	Kindergarten Schule/Klasse Berufsausbildung	Besondere Probleme/ Krankheiten



Fragen zur Familienvorgeschichte

1. Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Besonderheiten, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? Ja Nein
2. Sind die Eltern blutsverwandt (z. B. Cousin und Cousine)? Ja Nein
3. Welche der folgenden Krankheiten sind in der engeren oder weiteren Familie aufgetreten?
 - Geistiger Entwicklungsrückstand
 - Krampfanfälle
 - Fehlbildungen
 - Hörbehinderung/Taubheit
 - Asthma / Ekzem /Nesselsucht
 - spastische oder andere Lähmungen
 - verzögerte oder gestörte Sprachentwicklung
 - Sehbehinderung/ Blindheit
 - psychische Erkrankungen

Bitte nähere Angaben dazu:

Fragen nach staatlichen Hilfen

Welche der nachfolgenden Hilfen haben Sie für Ihr Kind beantragt oder erhalten?

- Schwerbehindertenausweis, Grad der Behinderung / Merkzeichen
- Pflegegrad

Leistungen von Sozialamt Jugendamt andere: _____
 Familienhilfe (Name / Telefonnummer): _____

Welche Art von Leistungen?

Fragen zur Beantwortung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____ Mutter Vater mit Hilfe von: _____

Ich/Wir bin/sind einverstanden, dass der Abschlussbericht zu Händen des überweisenden Arztes geht.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit einem Überweisungsschein Ihres Kinder- oder Hausarztes zurück an:

SPZ, Barbarastrasse 4, 06110 Halle (Saale)

**oder per E-Mail:
empfang.spz@krankenhaus-halle-saale.de**

Wir übersenden Ihnen danach schriftlich den Termin zur Erstvorstellung in unserem Haus.

KINDERZENTRUM

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM
Chefärztin Dr. med. Christiane Fritsch
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,
Schwerpunkt Neuropädiatrie

Barbarastraße 4
06110 Halle (Saale)
Telefon (0345) 213 - 57 02
Telefax (0345) 213 - 57 03

HAUPTANSCHRIFT
Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara
Halle (Saale) GmbH
Mauerstraße 5
06110 Halle (Saale)
PF 200254 | 06003 Halle (Saale)

Ihre Zeichen/Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen

Durchwahl
213 - 57 02

Datum

Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten

Die Sorgeberechtigten **für das Kind**

Name, Vorname (des Kindes), geb.

sind mit einer Vorstellung zur Entwicklungsdiagnostik und
Entwicklungsbegleitung im SPZ einverstanden.

Der unterzeichnende Elternteil sichert zu,

- dass auch der abwesende Elternteil mit der Behandlung des gemeinsamen Kindes einverstanden ist.
- von dem anderen Elternteil zur Einwilligung in die Behandlung bevollmächtigt worden zu sein.
- allein sorgeberechtigt zu sein.

und bestätigt mit seiner Unterschrift das Einverständnis aller
Gesundheitsfürsorgeberechtigten.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der / des gesetzlichen Vertreter(s)



Krankenhaus St. Elisabeth und
St. Barbara Halle (Saale) GmbH
Sitz der Gesellschaft: Halle (Saale)
Amtsgericht: Stendal
HRB: 19750
Geschäftsführer: Peter Pfeiffer

Betriebsnummer: 03 42 56 52
Inst.-Kennz.: 261 50 06 77
USt-IdNr.: DE292022187
Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
BIC: BFSWDE33XXX
IBAN: DE90 3702 0500 0001 4830 00