Helios

Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Johannes Gutenberg Universität Mainz

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM

ANMELDUNG

Name: _____ Vorname:_____ Geburtsdatum: _____

☐ Junge ☐ Mädchen

Straße:_____ PLZ/Wohnort:_____

Telefonnummer: _____ Handy/Büro: _____

Übererweisender Arzt: _____ Krankenkasse: _____

Hauptversicherter:_____

Sind Sie Pflegeeltern des Kindes ☐ nein ☐ ja,

Wenn ja: 1. bitte Berechtigung zur Gesundheitsfürsorge beilegen
2. Bitte Einverständnis der Sorgeberechtigten beilegen

Anmeldegrund*:*

☐ Frühgeburt
☐ Schreibaby
☐ Motorische Auffälligkeiten
☐ Entwicklungsverzögerung
☐ Sprachentwicklungsverzögerung
☐ Verhaltensstörung/Verhaltensauffälligkeiten
☐ Zerebralparese
☐ Bewegungsstörungen
☐ Mehrfachbehinderung
☐ Epilepsie
☐ Unklare neurologische Erkrankung
☐ Stoffwechselerkrankung
☐ Muskelerkrankung
☐ Kopfschmerzen
☐ Genetisch bedingte Erkrankung
☐ Schulprobleme
☐ Probleme mit Konzentration u. Ausdauer

Waren Sie früher schon einmal in unserem Zentrum? ☐ ja ☐ nein

Waren Sie schon einmal in einer anderen Einrichtung wie:

Praxis Dr. Peseschkian ☐ ja ☐ nein
Praxis Dr. Einig ☐ ja ☐ nein

VITOS Kinder- u. Jugendpsychiatrische Ambulanz in
Idstein, Rheinhöhe oder Limburg ☐ ja ☐ nein

Sind Sie in einem anderen SPZ in Behandlung ☐ ja ☐ nein