|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 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 🞎 Epilepsie

🞎 Schreibaby 🞎 Unklare neurologische Erkrankung

🞎 Motorische Auffälligkeiten 🞎 Stoffwechselerkrankung

🞎 Entwicklungsverzögerung 🞎 Muskelerkrankung

🞎 Sprachentwicklungsverzögerung 🞎 Kopfschmerzen

🞎 Verhaltensstörung/Verhaltensauffälligkeiten 🞎 Genetisch bedingte Erkrankung

🞎 Zerebralparese 🞎 Schulprobleme

🞎 Bewegungsstörungen 🞎 Probleme mit Konzentration u. Ausdauer

🞎 Mehrfachbehinderung

**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