

werner otto institut

gGmbH

Bodenschwingstraße 23 * 22337 Hamburg

Telefon: 50 77 – 02 * Fax: 50 77 - 31 91

eMail: spz@werner-otto-institut.de

Sozialpädiatrisches Zentrum zur Früherkennung und Behandlung
entwicklungsgestörter oder behinderter Kinder und Jugendlicher

Geschäftsführender ärztlicher Leiter: Dr. Christian Fricke

Anmeldebogen

Name des Kindes: _____ Vorname: _____
geb. am: _____ Geschlecht: weiblich männlich
Nationalität: _____
Straße/Haus-Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ (priv.) _____ (dienstl.)
Fax: _____ eMail: _____
Krankenversicherung/-kasse: _____
Über wen ist das Kind versichert? _____

Wurde Ihr Kind oder ein Geschwisterkind bereits in unserem Institut vorgestellt? ja nein

Erziehungsberechtigte:	Vater	Mutter	Andere
Name:	_____	_____	_____
Vorname:	_____	_____	_____
geb. am:	_____	_____	_____
Anschrift: (falls von o. g. An- schrift abweichend)	_____	_____	_____

Fragestellung des überweisenden Arztes für die Untersuchung:

Handelt es sich um eine Eingangsdiagnostik zur Komplexleistung Frühförderung? ja nein ,
wenn ja bitte Beiblatt beachten

Ist evtl. eine stationäre Aufnahme indiziert? ja nein

Stempel des überweisenden Arztes

Sprache:

Erste Worte im Alter von: _____

Kurze Sätze im Alter von: _____

Versteht Ihr Kind Aufträge altersentsprechend? ja nein

Sprachauffälligkeiten: _____

Ohren:

Kann Ihr Kind gut hören? ja nein

Wo wurde schon einmal ein Hörtest gemacht? _____

Augen:

Kann Ihr Kind gut sehen? ja nein

Selbständigkeit:

Wann konnte Ihr Kind alleine essen? _____

sich alleine ausziehen? _____

sich alleine anziehen? _____

Knöpfe bedienen? _____

eine Schleife binden? _____

Wann war es sauber? tagsüber _____ nachts _____

trocken? tagsüber _____ nachts _____

Spielverhalten:

Was spielt Ihr Kind gerne? _____

Kann sich Ihr Kind allein beschäftigen? ja nein

Kann sich Ihr Kind ausdauernd beschäftigen? ja nein

Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen? ja nein

Kann es mit diesen längere Zeit ohne Streit spielen? ja nein

Verhalten/Emotionen:

Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Probleme?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Störung des Essverhaltens |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> starke motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> Übermäßige Ängstlichkeit |
| <input type="checkbox"/> soziale Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Traurigkeit |
| <input type="checkbox"/> starke(r) Trotz, Wut, Unwillen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> _____ |

Angaben zu Krankheiten Ihres Kindes:

Bisherige Erkrankungen

u. a. Krampfanfälle

Allergien

Krankenhausaufenthalte

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Bei welchen Ärzten, Kliniken, Therapeuten oder Erziehungsberatungsstellen wurde/wird Ihr Kind betreut? Ggf. fügen Sie den letzten Bericht oder die Fragestellung der Einrichtung bei.

Name und Adresse:

Zeitraum:

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

Welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind und welche besucht es jetzt?

A. Kindergarten, Spielgruppen oder Sonderkindergarten

seit wann

bis

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

B. Schule oder Sonderschule

seit wann

bis

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

Es sind **alle** Erziehungsberechtigten mit einer Vorstellung des Kindes im Werner Otto Institut einverstanden.

Ich bin/wir sind damit **einverstanden**, dass das Werner Otto Institut bei Bedarf die Berichte der oben genannten angekreuzten Einrichtungen anfordern kann und nach Abschluss der Untersuchung den Arztbrief an den überweisenden Arzt oder an einen von den Eltern benannten neuen zuständigen Kinderarzt senden kann. Diese Einverständniserklärung gilt bis zum Widerruf:

Datum

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

Information für den Kinderarzt

Anmeldung zur Eingangsdiagnostik für IFF Komplexeleistungen

Einen Anspruch haben

- Kinder mit Wohnsitz in **Hamburg**
- Kinder zwischen 0 Jahren und der Einschulung
- Kinder ohne Integrationsstatus, bei denen bisher kein Kita-Gutachten vorliegt
- Kinder in einer gesetzlichen Krankenversicherung
- Kinder, die heilpädagogische Leistungen und mindestens ein weiteres Heilmittel Leistung (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) in Anspruch nehmen sollten.

Vorgesehene Therapierichtungen in der Komplexeleistung:

- Heilpädagogik und
- Ergotherapie oder/ und
- Physiotherapie oder/ und
- Logopädie

Die Heilpädagogik ist verbindlicher Bestandteil der Komplexeleistung. Der Rhythmus wird individuell festgelegt, die Inhalte beziehen sich auf Kind und/oder Eltern.

Die Häufigkeit aller Therapien richtet sich nach den bedarfsgerecht ermittelten Angaben im bewilligten Förder-/ und Behandlungsplan.

Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik (Nur 1x je Kind)

Arzt und Heilpädagogin, bei Bedarf ergänzend Psychologe, Therapeutin und ggf. Audiometrie, EEG

Aufgaben:

- Diagnostik (entsprechend dem vereinbarten Verfahren)
- Erstellung des Förder- und Behandlungsplan
- Diagnose-/ Beratungsgespräch mit den Eltern

Zuweisung über ein normales **Kassenrezept** (Vordruck 16) mit folgenden Angaben:

- Bitte tragen Sie „Verordnung über die Eingangsdiagnostik der interdisziplinären Frühförderung“ auf dem Vordruck ein.
- Diagnose (die eine solche Versorgung notwendig macht)

Verlaufs-/bzw. Abschlussdiagnostik

Für die Verlaufs- und Abschlussdiagnostik ist kein Rezept mehr erforderlich.

Verlaufsdagnostiken erfolgen frühestens 6 Monate nach der Eingangsdiagnostik.

Sie finden entsprechend der bewilligten Komplexeleistung im Team von Arzt und Heilpädagogin statt, fakultativ ergänzt um andere Berufsgruppen.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an

Frau Nürnberger am besten dienstags, donnerstags und freitags von 9 bis 12 Uhr unter 50 77 – 31 96 zu erreichen, oder an Frau Möller unter 50 77 – 31 23.