

# 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?

Kontaktschwierigkeiten

Störung des Essverhaltens

Aggressivität

ausgeprägte Schlafstörungen

starke motorische Unruhe

Übermäßige Ängstlichkeit

soziale Schwierigkeiten

Traurigkeit

starke(r) Trotz, Wut, Unwillen

\_\_\_\_\_

Konzentrationsschwäche

\_\_\_\_\_

**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.