

werner otto institut

gGmbH

Bodenschwingstraße 23 * 22337 Hamburg

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

eMail: anmeldung@werner-otto-institut.de

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

Ärztlicher Leiter: Dr. med. Joachim Riedel

Anmeldebogen

Name des Kindes: _____ Vorname: _____
geb. am: _____ Geschlecht: weiblich männlich
Nationalität: _____ Sprache: _____
Straße/Haus-Nr.: _____ wohnhaft bei: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ (priv.) _____ (mobil)
Fax: _____ eMail: _____
Krankenversicherung/-kasse: _____
Über Vater oder Mutter versichert? _____

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

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

Wichtiger Hinweis: Zur Anmeldung für **stationäre** oder **tagesklinische Behandlungen** in der Eltern-Kind-Klinik/Kinder- und Jugendpsychiatrie des EKA verwenden Sie bitte den anderen Anmeldebogen (s. Homepage der Klinik)

Fragestellung des überweisenden Kinderarztes/ Kinderärztin für die Untersuchung:

Stempel und Unterschrift des Kinderarztes-/Ärztin

Handelt es sich um eine Eingangsdiagnostik zur Komplexleistung Frühförderung? ja nein

Bitte beachten: Dies ist ein besonderes Angebot nur für Hamburger Kinder von 0 Jahren bis zur Einschulung, die noch keinen Kindergarten besuchen (siehe Beiblatt)

Weshalb möchten Sie Ihr Kind im Werner Otto Institut vorstellen?

SSprache:

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

Von welchem Augenarzt wurde Ihr Kind untersucht? _____

Ergebnis / Befunde _____

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 / Operationen

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** Sorgeberechtigten 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.

Wir versichern, dass unser Kind zurzeit nicht in einem anderen Sozialpädiatrischen Zentrum oder in einer sozialpsychiatrischen Praxis / Ambulanz (Kinder- und Jugendpsychiater) behandelt wird. (Anmerkung: Die Krankenkassen schließen eine gleichzeitige Behandlung in mehreren derartigen Einrichtungen aus.)

Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten