

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

Ärztlicher Leiter: Dr. med. Joachim Riedel

Anmeldebogen

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

Stempel des überweisenden Arztes

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)

Sprache:

Erste Worte im Alter von: _____

Kurze Sätze im Alter von: _____

Versteht Ihr Kind Aufträge altersentsprechend? ja neinSprachauffälligkeiten: _____

_____**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 neinKann sich Ihr Kind ausdauernd beschäftigen? ja neinHat Ihr Kind Freunde/Freundinnen? ja neinKann 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"/>

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