

werner otto institut

gGmbH

Bodelschwinghstraße 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

An m e l d e b o g e n

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

WIR NEHMEN NUR VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE ANMELDUNGEN AN

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)	_____	_____	_____

Bitte Behörden-Bescheide
einreichen

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?

Wir möchten Ihr Kind und seine Probleme besser kennen lernen. Darum bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen, evtl. unter Zuhilfenahme des Mutterpasses und des Vorsorgeheftes:

Komplikationen während der Schwangerschaft:

Wenn ja, welche? _____

Komplikationen bei/nach der Geburt:

Wenn ja, welche? _____

Geburtsklinik:

Länge bei Geburt ____ cm; Gewicht ____ g; Kopfumfang ____ cm.

Bisherige Entwicklung:

Bewegung:

mit Monaten

Jahren

Wann konnte Ihr Kind	gezielt greifen	_____
	krabbeln	_____
	sich aufsetzen	_____
	sich aufstellen	_____
	laufen	_____

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

Von welchem Augenarzt wurde Ihr Kind untersucht? _____

Ergebnis / Befunde _____

Selbstständigkeit:

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:

	☐
	☐
	☐
	☐
	☐

Welche (Betreuungs-)Einrichtungen besuchte Ihr Kind und welche besucht es jetzt?

A. Kindertagesstätte, Spielgruppen, Kindertagespflege

seit wann

bis

	☐
	☐
	☐

B. Schule, Förderschule, Bildungszentrum

seit wann

bis

	☐
	☐
	☐

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

Bitte reichen Sie Bescheide zur Vollmacht/ Pflegschaft /Adoption sofern zutreffend ein

Ich bin damit einverstanden, dass mir eine SMS als Terminerinnerung gesendet wird.

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