

Sozialpädiatrisches Zentrum Konstanz

Anmeldeformular (für Eltern und Zuweiser)

Bitte übermitteln Sie das vollständig ausgefüllte Formular per Fax an +49 7531 801-1689
(oder per Post an: SPZ Konstanz, Luisenstraße 7b, 78464 Konstanz)

Durch ELTERN bzw. Sorgeberechtigte auszufüllen	Angaben zum Patienten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)													
	Nachname											Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
	Vorname													
	Wohnadresse / Straße, Hausnummer													
	PLZ				Wohnort									
	Landkreis	<input type="checkbox"/> KN	<input type="checkbox"/> TUT	<input type="checkbox"/> SIG	<input type="checkbox"/> FN	<input type="checkbox"/> RV	<input type="checkbox"/> WT	<input type="checkbox"/> RW	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/> Sonstiger				
	Versichertenstatus	<input type="checkbox"/> GKV	<input type="checkbox"/> PKV	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Sozialamt	<input type="checkbox"/> Sozialamt Asyl							
	Früher schon im SPZ KN	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Geschwisterkind war bereits im SPZ Konstanz										
	Sorgerecht liegt bei	<input type="checkbox"/> Eltern gemeinsam		<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Adoptiveltern			<input type="checkbox"/> Jugendamt	<input type="checkbox"/> Sonstige				
	Eltern leben	<input type="checkbox"/> zusammen		<input type="checkbox"/> getrennt										
	Angaben zu Sorgeberechtigten													
	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Adoptiveltern <input type="checkbox"/> Vormund (Zutreffendes bitte ankreuzen)													
	Name (für Briefpost)													
	Adresse (für Briefpost)	<input type="checkbox"/> wie Wohnadresse Kind <input type="checkbox"/> abweichend:			<input type="checkbox"/> wie Wohnadresse Kind <input type="checkbox"/> abweichend:									
	Festnetz													
Mobil														
E-Mail														
Aktuell bereits angemeldete bzw. laufende Untersuchungen/Behandlungen														
<input type="checkbox"/> Frühförderstelle			<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie			<input type="checkbox"/> Beratungsstelle			<input type="checkbox"/> Schulpsychologie					
<input type="checkbox"/> Anderes SPZ			<input type="checkbox"/> Ärzte/med. Einrichtungen			<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt			<input type="checkbox"/> Sonstige					
Bitte nennen Sie die Einrichtung:														
Hiermit bestätige ich, dass alle Sorgeberechtigten des Kindes mit der Vorstellung im SPZ einverstanden sind.														
Ich bin <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Datum/Unterschrift(en)														

Durch ZUWEISER auszufüllen	Relevante Diagnosen (V/G/Z), bitte Klartext, nicht ICD:	
	Konkrete Fragestellung/Auftrag an SPZ:	
	Vorgesprochen am/mit:	
	Besondere Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte begründen):
	Telefonische Rücksprache erwünscht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vor Ersttermin <input type="checkbox"/> ja, nach Ersttermin
	Dolmetscher notwendig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bei ja, bitte durch Eltern organisieren lassen)
	Infoblatt SPZ an Eltern ausgehändigt	<input type="checkbox"/> nein
Datum/Praxisstempel	Bemerkungen	