

## Herzlich Willkommen!

**Wir möchten Sie bitten, die Probleme Ihres Kindes möglichst detailliert zu schildern. Damit können wir die Situation Ihres Kindes besser beurteilen, schneller und zielgerichteter helfen!**

Außerdem bitten wir Sie um einige Angaben, die auf der Krankenversichertenkarte nicht enthalten sind.

Alle Angaben sind freiwillig und selbstverständlich vertraulich entsprechend der DSGVO.

Zum Datenschutz siehe Aushang in der Praxis oder <https://kinderneurologe-soltau.de/datenschutz.html>

Mit der Kontaktaufnahme per E-Mail und/oder SMS bin ich einverstanden (Pflichtfeld)

## Warum wollen Sie Ihr Kind bei uns vorstellen? (Pflichtfeld)

## Ihr Kind (Pflichtfelder)

Nachname Ihres Kindes:

Vorname(n):

Geburtsdatum:  Geschlecht:  Männlich  Weiblich  Diverse

Straße:  Postleitzahl:  Ort:

Telefonnummer der Eltern:

Wann am besten erreichbar:

E-Mail-Adresse der Eltern:

Dies ist die Adresse von:  Eltern  Mutter  Vater  Pflegeeltern

Oder:  Kinder-/Jugendhilfeeinrichtung, Name der Einrichtung:

Name des Haus-/oder Kinderarztes:

## Versicherung (Pflichtfelder)

Daten von der Chipkarte der Krankenkasse Ihres Kindes:

Name der Krankenkasse:

Krankenkassennummer:

Versicherungsnummer:

Privat versichert oder Selbstzahler, Name des Rechnungsempfängers:

## Eltern (ggf. Pflegeeltern) (Pflichtfelder)

Name der Mutter:  Vorname:  Alter:

Beruf:  Ganztags  Halbtags  Stundenweise

Name des Vaters:  Vorname:  Alter:

Beruf:  Ganztags  Halbtags  Stundenweise

Geschwister (bitte mit Alter und Geschlecht):

Sind die Geschwister bei uns schon in Behandlung?  Nein  Ja

Eltern sind:  verheiratet  nicht verheiratet  getrennt lebend  geschieden

Sorgerecht haben/hat:  Eltern  Mutter  Vater oder  Pflegeeltern  Amtsvormund

Weitere Angaben zur Familiensituation:

## Stärken Ihres Kindes

Was kann Ihr Kind besonders gut, was sind seine Stärken?

Welche Charaktereigenschaften schätzen Sie an Ihrem Kind?

Was ist die liebste Freizeitbeschäftigung Ihres Kindes:

In welchem Sportverein ist Ihr Kind?

Hat Ihr Kind feste Freunde?

Ja, eher viele

Ja, einige wenige

Nein, leider keine

## Belastende Ereignisse oder Erkrankungen Ihres Kindes?

Gibt es besonders belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes (Todesfälle, Trennung der Eltern, Anderes):

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung?

Nein

Wenn ja, welche:

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

Nein

Ja:  %, Merkzeichen:

Hat Ihr Kind eine Pflegestufe anerkannt bekommen?

Nein

Ja, Pflegestufe:

## Muttersprache Ihres Kindes

Deutsch

Andere Muttersprache(n):

Seit wann hat Ihr Kind Kontakt zur deutschen Sprache (Kita/Schule):

Benötigen Sie einen Dolmetscher für das Erstgespräch?

## Erkrankungen in der Familie?

Liegen bei Eltern, Großeltern, Geschwistern besondere körperliche Erkrankungen vor?

Nein

Ja:

oder seelische/psychische Erkrankungen oder Störungen vor?

Nein

Ja:

Gibt es Familienangehörige mit einem problematischen Konsum von Alkohol oder Drogen?

Nein

Ja:

## Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaftswoche:

Geburtsgewicht:

g

Länge:

cm

Kopfumfang:

cm

Normale, unkomplizierte Schwangerschaft und Geburt:

Ja

Nein

Schwangerschaftskomplikationen und/oder Geburtskomplikationen:

Besondere Belastungen in der Schwangerschaft, familiär, gesundheitlich, seelisch?

Nein

Wenn ja, welche:

Mussten in der Schwangerschaft Medikamente eingenommen werden?

Nein

Wenn ja, welche:

Wurde in der Schwangerschaft Alkohol getrunken?

Nein

Leider ja

## Vorgeschichte / Bisherige Entwicklung

Bis zu den jetzigen Problemen unauffällige Entwicklung

Es gab schon früher Probleme:

Motorisch (z. B. spätes Laufen lernen)

Lernen

Lesen, Schreiben, Rechnen

Sprache

Essen / Ernährung / Übergewicht

Autistische Symptome

Sozialverhalten (z. B. aggressiv)

Seelisch / Emotional (z. B. traurig, depressiv)

Einnässen / Einkoten

Unselbstständig für das Alter (z. B. beim An- und Ausziehen, Essen, Waschen, Umgang mit Geld)

Zuviel Computerspiele, Handy, Tablet, PlayStation. Wieviel Stunden am Tag:

Möchten Sie etwas zu den angekreuzten Problemen ergänzen:

## Bisherige Kindergarten- und Schullaufbahn

Kindergarten

Integrationskindergarten als „I-Kind“

Sprachheilkindergarten

Heilpädagogischer Kindergarten

Möchten Sie etwas zum Kindergarten ergänzen:

In welche Schule geht Ihr Kind:

Welche Klasse:

Mit Schulbegleitung:

Nein  Ja

Nachteilsausgleich:  Nein  Ja

Schon Klassen wiederholt:

Nein  Ja

Förderunterricht:  Nein  Ja

Nachhilfeunterricht?

Nein  Ja, bei

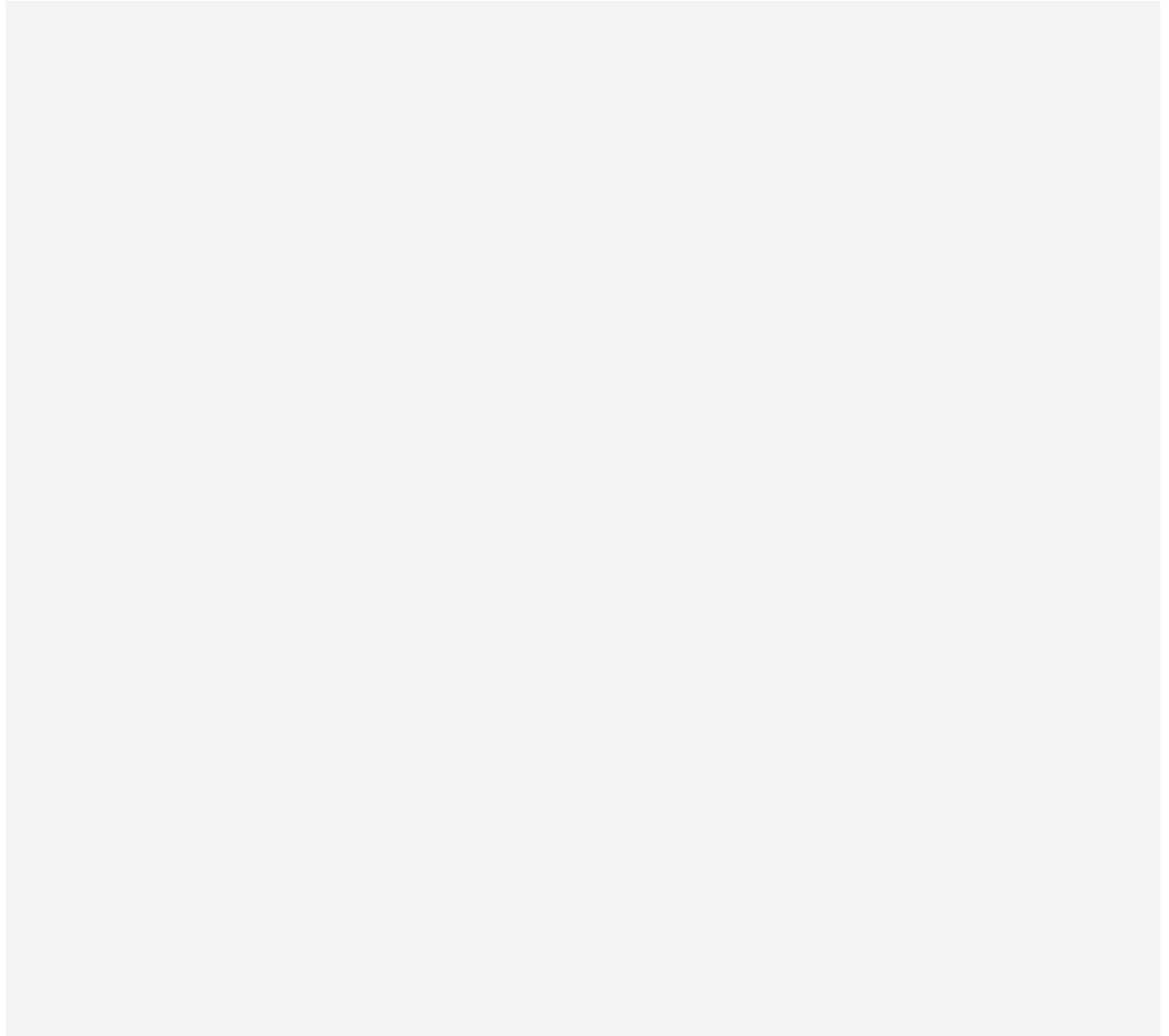
Lerntherapie?

Nein  Ja, bei

Möchten Sie etwas zur Schulsituation ergänzen:

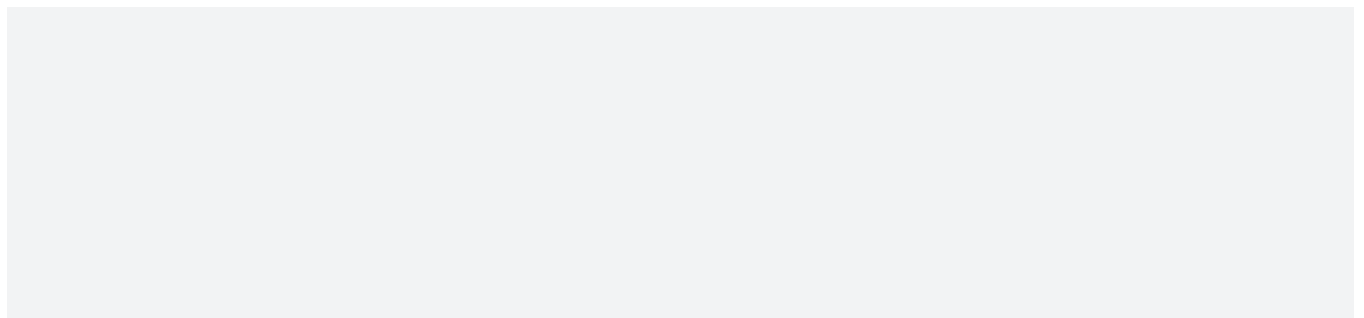
## **Möchten Sie noch etwas Ergänzendes mitteilen?**

Ggf. auch etwas was Sie vor Ihrem Kind nicht erwähnen wollen? Ggf. auch auf weiteren Blättern!



## **Gibt es Berichte, Briefe von Ärzten, Therapeuten, Krankenhäusern?**

Bitte senden sie uns diese zu oder sagen, wo wir Sie anfordern können!  
Das spart Zeit für Doppeluntersuchungen und wir können Ihnen schneller helfen.



**Bitte diesen Anmeldebogen möglichst ausführlich ausgefüllt zusenden oder abgeben in der**

**KinderNeuro Soltau  
Walsroder Strasse 8  
29614 Soltau**

Telefon: **05191 889 879-0**

Telefax: **05191 889 879-9**

E-Mail: **patientenmanagement@kinderneurologie-soltau.de**

**Zuständig ist Frau Sandra Allgayer.**

Sie wird den Bogen auswerten und Termine anbieten.

Mit einer Überweisung Ihres Haus- oder Kinderarztes kann es möglicherweise etwas schneller gehen. Legen Sie die Überweisung bei oder reichen Sie sie zeitnah nach. Es ist kein „Muss“, kann aber helfen. Wir sind bemüht Ihre Anmeldung rasch zu bearbeiten und Ihnen je nach Dringlichkeit Termine anzubieten. Die Wartezeiten sind aber leider sehr lang.

Haben Sie schon einen Notfall- oder Ersttermin für ein erstes Gespräch erhalten?

Falls ja wann findet der statt:

Anmerkungen:

Wenn Sie es andernorts versuchen möchten:

Sozialpädiatrische Zentrum:

<https://www.dgspj.de/category/niedersachsen+sozialpaediatische-zentren/>

Kinderneurologische Schwerpunktpraxen:

<https://www.arztauskunft-niedersachsen.de/ases-kvn/index.jsf?vor=Kinder-Neurologie>

Auch die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) vermittelt Ihnen Termine bei Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten. Die Terminservicestelle ist unter der Telefonnummer: 116117 erreichbar.

Beschwerden über zu lange Wartezeiten gern an die Kassenärztliche Vereinigung:

<https://e-formulare.kvn.de/forms/findform?shortname=kontaktformular&formtecid=3&areashortname=kvnpm>

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**

Liebe Eltern!

Um Ihrem Kind möglichst gut helfen zu können, kann es notwendig werden mit Therapeuten, Ärzten und anderen für Ihr Kind wichtigen Personen zu sprechen. Wenn Sie damit einverstanden sind, bitten wir Sie die untenstehende Erklärung auszufüllen.

Name Ihres Kindes mit Geburtsdatum:

Hiermit entbinden wir

Ja    Nein

- vor- und mit- und weiterbehandelnden Ärzte
- nichtärztliche Behandler wie Ergotherapeuten, Logopäden, Krankengymnasten
- Kinderpsychotherapeuten und Kinderpsychiater
- Dienststellen des Gesundheits- und Jugendamtes
- Erzieher und Lehrer

unseres Kindes Ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Praxisteam von KinderNeuro-Soltau, soweit es die Behandlung unseres Kindes erfordert.

Nach abgeschlossener Untersuchung dürfen die erhobenen Befunde Ärzten und Therapeuten des Kindes mitgeteilt werden, wenn dies der Behandlung unseres Kindes dient.

Ja     Nein

Nach abgeschlossener Untersuchung dürfen wir die erhobenen Befunde an Ihre E-Mail Adresse zusenden, sowie Ihre E-Mail-Adresse zum Informationsaustausch mit Ihnen nutzen.

Ja     Nein

Datum:

Unterschrift eines Sorgeberechtigten

Zweite Unterschrift eines Sorgeberechtigten  
bei getrennt lebenden Eltern

ggf. Unterschrift des Jugendamts-Vormund

Zum Datenschutz siehe Aushang in der Praxis oder <https://kinderneurologe-soltau.de/datenschutz.html>