

Name des Patienten: _____

Geboren am: _____

Name d. Erziehungsberechtigten: _____

Arztstempel

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

**Patienten-Anmeldung im SPZ Oberberg und Neuropädiatrie
durch Kinderärzt:innen oder Kinder-und Jugendpsychiater:innen**

Bitte Fax 02261-XXX oder Email: spz@klinikum-oberberg.de

Diagnose/Verdachtsdiagnose: _____

Fragestellung/besondere Hinweise: _____

- ☐ Erstvorstellung
 ☐ Zweitmeinung/ Re-Evaluation
 ☐ Eilt, Grund:

Initiiert durch:

- ☐ Durch Sie
 ☐ KITA/Schule
 ☐ Eltern
 ☐ Sonstige:

Schwerpunkt:

Entwicklung

- ☐ Motorik/ Koordination
- ☐ Sprache
- ☐ Konzentration
- ☐ Lernschwierigkeit
- ☐ Schulprobleme/-fähigkeit
- ☐ Kognition

- ☐ Sozialverhalten
- ☐ Emotionale Auffälligkeit
- ☐ Erziehung
- ☐ Sozialverhältnisse
- ☐ Ehem. FG. (SSW.)
- ☐ Behinderung
- ☐ Indikation von Hilfsmitteln

Neuropädiatrie

- ☐ Unklare Anfälle
- ☐ Epilepsie
- ☐ Kopfschmerzen/Migräne
- ☐ Bewegungsstörung
- ☐ Neuromusk. Erkrankung
- ☐ Mikro- oder Makrozephalus
- ☐ Tremor, Neuropathie

Mit der Unterschrift willige ich als Sorgeberechtigte/r ein, dass zum Zwecke der Terminvereinbarung, Festlegung der zu erfolgenden diagnostischen Termine und zur Kommunikation mit Ihnen und Ihrem anmeldenden Arzt die von Ihnen gemachten persönlichen Informationen durch das Klinikum Oberberg GmbH gespeichert werden dürfen. Detaillierte Datenschutzhinweise finden Sie unter: <https://www.klinikum-oberberg.de/datenschutz-privacy-policy>

Datum und Unterschrift des Anmelders: _____

Datum und Unterschrift eines Sorgeberechtigten: _____

Interne Vermerke: wird von Mitarbeitern des SPZ ausgefüllt

Eingang

Plan

Dx