

ÄRZTLICHER LEITER: DR. J. KRETH

Patientendaten mit Name, Geburtsdatum, Anschrift

Telefonnr.: _____ Mobilnr.: _____

Email-Adresse: _____

Arztstempel

**PATIENTEN-ANMELDUNG IM SPZ OBERBERG UND NEUROPÄDIATRIE
DURCH KINDERÄRZT:INNEN ODER KINDER-UND JUGENDPSYCHIATER:INNEN**

Bitte Fax an **02261-97800-30** oder E-Mail an **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 Sozialverhalten
 Sprache Emotionale Auffälligkeit
 Konzentration Erziehung
 Lernschwierigkeit Sozialverhältnisse
 Schulprobleme/-fähigkeit Ehem. FG. (SSW.)
 Kognition 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

Eingang

Plan