

Patientendaten mit Name, Geburtsdatum, Anschrift, nur Druck

Arztstempel

Pflegekind: ☐ Ja ☐ Nein

Telefonnr.: _____ Mobilnr.: _____

Email-Adresse: _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose: _____

Fragestellung/besondere Hinweise: _____

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

Initiiert durch:

☐ Kinderarzt/ KJP ☐ KITA/Schule ☐ Eltern ☐ Sonstige: _____

SCHWERPUNKT:

Entwicklung

- ☐ Motorik/Koordination
- ☐ Sprache
- ☐ Konzentration/Kognition/Schulprobleme/Lernschwierigkeiten
- ☐ Emotionale Auffälligkeiten/Sozialverhalten
- ☐ Erziehung
- ☐ Ehem. FG (SSW)
- ☐ Behinderung
- ☐ Indikation von Hilfsmitteln

Neuropädiatrie

- ☐ unklare Anfälle
- ☐ Epilepsie
- ☐ Bewegungsstörung
- ☐ Neuromusk. Erkrankung
- ☐ Mikro- od. Makrozephalus
- ☐ Tremor, Neuropathie
- ☐ Kopfschmerzen/Migräne
- ☐ sonstiges bitte benennen _____

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 /Vormund

PATIENTEN-ANMELDUNG IM SPZ OBERBERG UND NEUROPÄDIATRIE NUR DURCH KINDERÄRZT:INNEN ODER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER:INNEN
Bitte FAX an 02261-97800-30 oder E-MAIL an spz@klinikum-oberberg.de

Interne Vermerke

Eingang

Plan