

Helios Klinikum Krefeld GmbH
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
Lutherplatz 40 • 47805 KrefeldSozialpädiatrisches Zentrum
Leitende Ärztin: Dr. med. I. Berg, MBA+49-2151-32-23 90
+49-2151-32-23 78**Anmeldebestätigung**

(von der Kinderärztin/vom Kinderarzt auszufüllen)

spz.krefeld@helios-gesundheit.de
www.helios-gesundheit.de/kliniken/krefeld

Sehr geehrte/-r Frau Kollegin/ Herr Kollege,

die Eltern haben Ihr Kind _____, am _____ im Sozialpädiatrischen Zentrum angemeldet. **Wir möchten Sie bitten, uns kurz Ihren Vorstellungsgrund - und ggf. aus Ihrer Sicht für uns noch Wichtiges und Wissenswertes zu nennen.**

Welche Bereiche sollen gezielt abgeklärt werden?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> globale Entwicklungsstörung | <input type="checkbox"/> Z. n. Frühgeborenheit |
| <input type="checkbox"/> motorische Entwicklungsstörung | <input type="checkbox"/> Regulationsstörung |
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörung | |
| <input type="checkbox"/> Lernschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung |
| <input type="checkbox"/> Lese-Rechtschreibschwäche | <input type="checkbox"/> ADS/ADHS |
| <input type="checkbox"/> Dyskalkulie | <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten: |
| <input type="checkbox"/> Überprüfung weiterer Therapiebedarf: | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Epilepsie (V.a. oder bekannte) |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> EEG |
| <input type="checkbox"/> evt. Stationäre Abklärung | <input type="checkbox"/> Wach-EEG |
| <input type="checkbox"/> MRT | <input type="checkbox"/> Schlaf-EEG |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechseldiagnostik | <input type="checkbox"/> Schlafentzug-EEG |

Mögliche Spezialsprechstunden:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ganganalyse (z.B. bei CP, Zehenspitzenang, Schmerzen, asymmetrischer Körperhaltung) | <input type="checkbox"/> Asymmetriesprechstunde evt. Helmversorgung |
| <input type="checkbox"/> Orthopädietechnik | <input type="checkbox"/> Neuropädiatrisch-neurochirurgische Sprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Schwerpunkt: obere Extremitäten | <input type="checkbox"/> Humangenetik (+ zus. Überweisung) |
| <input type="checkbox"/> Schwerpunkt: untere Extremitäten | |
| <input type="checkbox"/> Kinderorthopädie | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung | |

Sonstiges/Wichtiges: _____

Ort, Datum, Praxisstempel + Unterschrift