

Ärztliche Leitung: Dr. med. Stephanie Boßerhoff  
Stellv. Leitung: Markus Nehrke

Breslauer Straße 20, 46483 Wesel  
Telefon: 0281-104-1670

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben Ihr Kind in Absprache mit Ihrem Kinder- und Jugendarzt zur Diagnostik und/oder Behandlung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) angemeldet.

Die Krankenkassen übernehmen die Finanzierung unserer Arbeit zum Überwiegenden Teil. Dies für die Leistungen von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Krankenschwestern.

Heilpädagogische Leistungen sowie Sozialarbeit werden allerdings von den Kassen nicht getragen. Diese Behandlungsbereiche werden für eingeschulte Kinder und Jugendliche entweder vom Sozialamt finanziert (wenn es sich um überwiegend geistige Beeinträchtigungen/ Behinderungen handelt), oder vom Jugendamt (wenn es sich um überwiegend seelische/ psychische Beeinträchtigungen handelt).

Wir sind nun mit den Jugendämtern im Kreis Kleve und Kreis Wesel sowie dem Sozialamt des Kreises Kleve überein gekommen, dass wir nicht jede einzelne Leistung oder Fördereinheit in Rechnung stellen, sondern zur Vereinfachung für jeden Patienten pro Quartal eine Pauschalsumme für unsere Arbeit erhalten.

Dafür ist es aber notwendig, dass Sie – wie alle, die sich zur Diagnostik und/oder Behandlung anmelden – den umseitigen Antrag ausfüllen.

**Der Zuschuss vom Sozialamt oder Jugendamt wird unabhängig von Ihrem Einkommen gewährt.**

Heilpädagogisch-therapeutische Leistungen für Patienten mit geistiger Behinderung aus dem Kreis Wesel müssen einzeln beim Kreissozialamt beantragt werden, dazu berät Sie ggf. Ihre Bezugstherapeutin bzw. Ihr Bezugstherapeut.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Stephanie Boßerhoff

## Antrag

auf Übernahme der Kosten für ambulante heilpädagogische Behandlung nach den Sozialgesetzbüchern SGB VIII oder SGB XII im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) des Marien-Hospitals Wesel

	zu behandelndes Kind	Vater (leiblich)	Mutter (leiblich)
Name			
Vorname			
Straße, Hausnr.			
PLZ, Wohnort			
Geburtsdatum			
Staatsangehörigkeit			
Nur bei Ausländern - Aufenthaltsstatus			
Krankenkasse			
Sorgerecht liegt bei			

Ist das Kind eingeschult?  nein  ja Wenn ja, seit wann?

Ist die (drohende) psychische/körperliche/geistige Behinderung des Kindes Folge eines Unfalls, einer Schädigung durch Dritte, eines Impfschadens o. ä.  nein  ja

Ist das Kind ein **Pflegekind**?  nein  ja

Name und Adresse der aktuellen Pflegefamilie

Zuständiges Jugendamt

Wo war das Kind vor Einzug in den Haushalt der aktuellen Pflegefamilie wohnhaft?

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag in vollem Umfang der Wahrheit entsprechen. Ich erkläre mich ferner einverstanden, dass die aus Sozialhilfe-/Jugendhilfemitteln zu übernehmenden Beträge unmittelbar an das SPZ des Marien-Hospitals Wesel überwiesen werden. Einen Bescheid hierüber erwarte ich nicht.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten

### Stellungnahme des Sozialpädiatrischen Zentrums:

Bei dem oben genannten Kind ist eine Behandlung überwiegend wegen einer vorliegenden

seelischen (psychischen)

körperlichen oder geistigen

Behinderung bzw. einer entsprechenden drohenden Behinderung notwendig.

Diagnose: \_\_\_\_\_

Wesel, den \_\_\_\_\_

Dr. med. Stephanie Boßerhoff, Ärztliche Leiterin des SPZ

## Anmeldebogen

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

### Anzumeldendes Kind / Jugendlicher

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

### Krankenkasse / Versicherung

Name der Kasse: \_\_\_\_\_ Kassen Nr: \_\_\_\_\_

Versichert über: \_\_\_\_\_

**Sorgerecht** Beide Eltern  Nur die Mutter  Nur der Vater  Andere

### Mutter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

Tel. + Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Vater

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

Tel. + Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Stiefeltern / Pflege- / Adoptiveltern

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

Tel. + Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Andere (z.B. Jugendamt) \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel. + Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Anmeldegrund aus Sicht der Eltern und ggf. des Jugendlichen

---

---

---

---

### Freiwillige Angabe: War Ihr Kind oder ein Geschwisterkind schon in unserer Abteilung in Behandlung?

---

---

### Einwilligung zur Behandlung und elektronischen Datenerfassung

Wir sind (ich bin) sorgeberechtigt für \_\_\_\_\_  
Wir sind (ich bin) einverstanden:

- mit der Behandlung (im Sozialpädiatrischen Zentrum Niederrhein, KJPP Kinder- und-Jugendpsychiatrie)
- mit der Übersendung der Befundberichte an den überweisenden Arzt
- mit der elektronischen Datenerfassung und Bearbeitung
- mit der Foto- / Videodokumentation nach Rücksprache, falls erforderlich und
- mit der Kontaktaufnahme per Telefon oder Mail zur Terminvereinbarung

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte **und** Unterschrift Sorgeberechtigter **ggf.** Unterschrift Jugendlicher  
(Mutter / Vormund) (Vater / Vormund) (über 14 Jahre)

**Das SPZ kann Ihre Anmeldung nur annehmen, wenn der Kinder- und Jugendarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, oder Neurologe eine Überweisung ausstellt. Bitten Sie ihn, den folgenden Abschnitt auszufüllen und zu unterschreiben (+Praxisstempel)**

Bitte vom zuweisenden Arzt ausfüllen lassen

Eine Diagnostik und (Mit-)Behandlung im SPZ halte ich aufgrund folgender Probleme / Diagnosen für erforderlich:

---

---

---

---

Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wir möchten das oben genannte Kind, für das Sie sorgeberechtigt sind, qualifiziert und sachgemäß betreuen. Insbesondere aus diesem Grunde möchten wir bei verschiedenen Stellen außerhalb des SPZ vertrauliche Informationen Ihr Kind betreffend erfragen oder an diese weitergeben. Mit dieser Entbindung von der Schweigepflicht und der Einwilligung zum Datenaustausch ermöglichen Sie uns das. Ein Austausch von Daten erfolgt immer nur in dem Umfang, der für den jeweiligen Zweck erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind gesetzlich verpflichtet die Vertraulichkeit aller ihnen bekanntgewordenen Informationen zu wahren.

Bitte kreuzen Sie an, mit welchen Stellen wir Kontakt aufnehmen können.

<b>X</b>	<b>Externe Stelle</b>	<b>Name und Anschrift / Person</b>
<input type="checkbox"/>	Kinderarzt/-ärztin <small>s. 1-3</small>	
<input type="checkbox"/>	Klinik für Kinder und Jugendmedizin <small>s. 1-3</small>	
<input type="checkbox"/>	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie <small>s. 1-4</small>	
<input type="checkbox"/>	Frühförderstelle <small>s. 1-4</small>	
<input type="checkbox"/>	Neuroorthopädische Sprechstunde <small>s. 1-3</small>	
<input type="checkbox"/>	Therapeut/-in <small>s.1 u. 3</small>	
<input type="checkbox"/>	Therapeut/-in <small>s.1 u. 3</small>	
<input type="checkbox"/>	Pflegeeltern <small>s. 3 u. 4</small>	
<input type="checkbox"/>	Heim / Betreuer/-in <small>s.1 u. 3</small>	
<input type="checkbox"/>	Kindergarten / Hort <small>s. 3</small>	
<input type="checkbox"/>	Schule <small>s. 3</small>	
<input type="checkbox"/>	Jugendamt <small>s. 4</small>	

1. Medizinische Befunde zur Vermeidung doppelter Untersuchungen und die Abstimmung der Förderung und Behandlung
2. Informationen zu Krankenhausaufenthalten, Übergabe von Befunden zum Zwecke der Vermeidung doppelter Untersuchungen
3. Informationen über die Entwicklung zwecks Abstimmung der Förderung und Behandlung
4. Informationen bisherige Unterstützungsmaßnahmen zwecks Abstimmung der Förderung und Behandlung

Grundsätzlich ist es für die eindeutige Identifikation Ihres Kindes in allen Fällen erforderlich, den Vor- und Nachnamen und das Geburtsdatum zu übermitteln.

Mit Ihrer Einwilligung erleichtern Sie uns die Betreuung; doppelte Untersuchungen Ihres Kindes können gegebenenfalls vermieden werden. Dies kann den Diagnostik- und Behandlungsprozess beschleunigen. Ohne Ihre Einwilligung sind Sie in der Verantwortung, die erforderlichen Stellungnahmen, Befunde oder Informationen bei Bedarf selber zu beschaffen und uns vorzulegen.

Diese Einwilligung gilt für die Dauer der Betreuung Ihres Kindes durch unsere Einrichtung und kann von Ihnen jederzeit und ohne eine Begründung widerrufen werden. Ein Widerruf gilt immer nur für zukünftige Übermittlungen und hat keine Wirkung auf bereits erfragte oder übermittelte Daten.

- Ich/Wir willigen in den oben beschriebenen Datenaustausch ein und entbinde(n) die mein/unser Kind betreuenden Mitarbeiter/-innen diesbezüglich von der Schweigepflicht.
- Nein, ich/wir willigen nicht ein und werden bei Bedarf die notwendigen Informationen selber beschaffen und den jeweiligen Stellen vorlegen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Alle Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

Jugendliche(r) über 14 Jahre \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Erstvorstellung

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Für (Kind / Jugendlicher): \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

### Grund der Vorstellung

Aufgetretene Probleme (evtl. weiter auf Rückseite) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seit wann besteht das Problem? \_\_\_\_\_

Welche Veränderung / Verbesserung wünschen Sie sich durch die SPZ-Behandlung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Veränderung / Verbesserung würde sich ihr Kind durch die SPZ-Behandlung wünschen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Situation der Familie (bei Pflege- oder Adoptiveltern bitte ankreuzen)

Gemeinsame Erziehung durch die Eltern: ja  nein  Eltern sind verheiratet seit: \_\_\_\_\_

Eltern getrennt lebend seit: \_\_\_\_\_ Alleinerziehende Mutter:  Alleinerziehender Vater:

Besuchskontakte: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Mutter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Vollzeit:

Teilzeit:

### Angaben zum Vater

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Vollzeit:

Teilzeit:

**Stiefeltern / -teil:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Vollzeit:  Teilzeit:

**Geschwister:**

Name	Geb. Datum	Schule / Ausbildung

**Halb- / Stiefgeschwister:**

Name	Geb. Datum	Schule / Ausbildung

Wichtige Erkrankungen der Geschwister / der Familie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besondere Belastungen für das Familienleben : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besondere Unterstützung für das Familienleben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Fragen zum Kind oder Jugendlichen

#### Schwangerschafts-Verlauf:

Vorzeitige Wehen: ja  nein

Frühgeburt: ja  nein

Psychische Belastung: ja  nein

Anderes (z.B. Rauchen, Medikamente) \_\_\_\_\_

#### Geburt: (Vorsorgeheft)

Normalgeburt: ja  nein

Kaiserschnitt:  Saugglocke:  Zange:

Gewicht: \_\_\_\_\_ Länge: \_\_\_\_\_ Kopfumfang: \_\_\_\_\_ Apgar-Index: \_\_\_\_\_

Verlauf der ersten 14 Tage: \_\_\_\_\_

#### Entwicklungsschritte:

Freies Laufen: \_\_\_\_\_ (mit Mo/Jahr) Erste Worte: \_\_\_\_\_ (mit Mo/Jahr)

(3-4-Wort-Sätze): \_\_\_\_\_ (mit Mo/Jahr)

Vollständig trocken: \_\_\_\_\_ (mit Mo/Jahr) Vollständig sauber: \_\_\_\_\_ (mit Mo/Jahr)

Entwicklungsbesonderheiten? \_\_\_\_\_

#### Kindergarten:

Regelkindergarten  Integrativkindergarten  Heilpädagogischer Kindergarten

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Besonderheiten im Verhalten: \_\_\_\_\_

Evtl. Name und Tel. der KITA: \_\_\_\_\_

#### Schulbesuch:

Ab: \_\_\_\_\_ Jahren; Vorschule? \_\_\_\_\_

Schulart	Klasse	Probleme



**Schulbesuch:**

Besonderheiten im Verhalten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Evtl. Name und Tel. der Schule: \_\_\_\_\_

**Gesundheitliche Probleme / Belastungen:**

Chronische Krankheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unfälle / Gewalterlebnisse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dauerhafte Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Krankenhausaufenthalte:**

Name des Krankenhauses	Behandl. Zeitpunkt	Grund des Aufenthaltes

**Vorangegangene Diagnostik / Beratung / Therapie:**

(z.B.: Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie, Sprachtherapie, Erziehungsberatung, Jugendamt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie etc.)

Wer (Name oder Einrichtung):

Wann (Zeitraum der Behandlung):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hörtest:  nein  ja, am \_\_\_\_\_

Sehtest:  nein  ja, am \_\_\_\_\_

Weitere Bemerkungen

\_\_\_\_\_