

Sozialpädiatrisches Zentrum
Leitender Arzt: Dr. med. Simon Novak

**Erstantrag auf Kostenübernahme für nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen
(insbesondere psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen)
im Sozialpädiatrischen Zentrum Esslingen**

X

(Familienname + Vorname des Kindes)

X

(Geburtsdatum)

X

(Familienname + Vorname des gesetzlichen Vertreters (Eltern, Vormund, Pfleger))

X

(Anschrift)

X

(Krankenkasse/Anschrift)

X

(Familienname + Vorname des Hauptversicherten)

X

(Geburtsdatum)

Die Behinderung/Störung ist auf ein schadenersatzpflichtiges Ereignis (z.B. Unfall, Impfschaden) zurückzuführen.
☐ ja ☐ nein

Falls ja, bitte erläutern:

Der Antrag zur Durchführung der nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen erfolgt gemäß § 43a SGB V in Verbindung mit § 46 SGB IX (Früherkennung und Frühförderung).

- ☐ Hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für die Durchführung der notwendigen Untersuchungen/Behandlungen gemäß Vereinbarung zur Finanzierung der ambulanten sozialpädiatrischen Einrichtung zwischen Landratsamt und dem Klinikum Esslingen/Sozialpädiatrischem Zentrum in Höhe von 92,40 €. Hierfür bin ich auch mit der Weitergabe der Diagnose/n an den zuständigen Sozialhilfeträger einverstanden.

oder

- ☐ Die Kosten der nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen in Höhe von 92,40 € werden von mir als Selbstzahler übernommen.

X

Ort/ Datum

X

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Diagnose/n (auszufüllen vom **SPZ**-Arzt):

Unterschrift des Arztes (SPZ)

Stadt-/ Kreisverwaltung

Aufgrund des Antrages wird für die Zeit vom _____ bis _____ Kostenanerkennnis erteilt.