

# Klinikum Esslingen

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen

Klinikum Esslingen GmbH · Postfach 10 07 53 · 73707 Esslingen

**Klinik für Kinder und Jugendliche**  
**Chefarzt Prof. Dr. Christian von Schnakenburg**

**Sozialpädiatrisches Zentrum**  
**Leitender Arzt Dr. Simon Novak**

[spz@klinikum-esslingen.de](mailto:spz@klinikum-esslingen.de)

[www.klinikum-esslingen.de](http://www.klinikum-esslingen.de)

Tel 0711 - 3103 3651

Fax 0711 - 3103 3649

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

um Ihr Kind im SPZ-Esslingen **erneut anzumelden**, füllen Sie bitte den beigefügten **Fragebogen** und die **Formulare** vollständig aus.

Beachten Sie bitte, dass auf der 2. Seite des Elternfragebogens Fragestellung, Stempel und Unterschrift **der Kinderärztin / des Kinderarztes** oder die Beilage eines **kinderärztlichen Überweisungsscheines** erforderlich sind.

Die vollständig ausgefüllten Dokumente zur Anmeldung und Vorberichte sowie den ggf. bereits vorhandenen Überweisungsschein senden Sie bitte an: **SPZ Esslingen, Hirschlandstr. 97, 73730 Esslingen**.

Damit Sie abschließend überprüfen können, ob alle erforderlichen Unterlagen komplett sind, finden Sie auf der letzten Seite dieses Dokumentes eine **Checkliste**.

Sind die Unterlagen bei uns eingegangen, werden wir Ihr Anliegen prüfen und Ihnen eine Rückmeldung geben. Bei der Terminvergabe berücksichtigen wir, ob wir das für Sie zuständige SPZ und für die Fragestellung die richtige Anlaufstelle sind.

Aufgrund der großen Nachfrage können Wartezeiten für die Termine bestehen.

Falls Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um frühzeitige Absage. So können wir nach einem neuen Termin schauen und den frei gewordenen Termin an ein anderes Kind vergeben.

**Ausführliche Informationen** zum SPZ und zur Anmeldung finden Sie auf unserer **Homepage** unter  
<https://www.klinikum-esslingen.de/kliniken-und-zentren/sozialpaediatrisches-zentrum/unser-profil/>

Sollten Sie weitere Fragen haben, stehen Ihnen unsere Sekretärinnen gerne hierfür zur Verfügung.  
Telefon: 0711/3103-3651, E-Mail: [spz@klinikum-esslingen.de](mailto:spz@klinikum-esslingen.de)

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Ihr SPZ-Team**

## **Bitte beachten Sie:**

*Aktuell nehmen wir ausschließlich Kinder aus dem Landkreis Esslingen auf.*

*Schulkinder und Jugendliche mit Verdacht auf eine Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (ADS oder ADHS), dem Verdacht auf Störungen des Sozialverhaltens oder emotionalen Auffälligkeiten sowie Teilleistungsstörungen wie Lese- und Rechtschreib-Störung oder Rechenstörung werden nicht an unserem SPZ betreut.*

## **Auftrag zur Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum Esslingen**

**Hiermit bestätige/n ich/wir, dass alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung von**

---

*(Familienname + Vorname des Kindes)*

---

*(Geburtsdatum des Kindes)*

**im Sozialpädiatrischen Zentrum Esslingen einverstanden sind.**

Mit meiner / unserer Unterschrift erkläre(n) ich / wir, für den Patienten / die Patientin personensorgeberechtigt zu sein und auch im Einverständnis einer etwaig weiteren sorgeberechtigten Person zu handeln.

Hinweis: Ohne Unterschrift ist eine Untersuchung des Kindes im SPZ aus rechtlichen Gründen nicht möglich.

Bei Pflegeverhältnis: Ich bin / wir sind einverstanden, dass die Pflegeeltern das oben genannte Kind zur SPZ-Vorstellung begleiten und ein Austausch von ärztlichen / fachlichen Informationen mit den Pflegeeltern erfolgt.

Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestellungsurkunde bei.

**X** \_\_\_\_\_

*(Ort, Datum)*

**X** \_\_\_\_\_

*(Name in Druckschrift und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)*

**X** \_\_\_\_\_

*(Ort, Datum)*

**X** \_\_\_\_\_

*(Name in Druckschrift und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)*

## Einverständniserklärung und Datenschutz:

Mit Abgabe dieses Anmeldebogens erkläre ich mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme und Weiterverarbeitung einverstanden. **ja  / nein**

Ich bin damit einverstanden, dass Behandlungsdaten und Befunde in einer fachübergreifenden (interdisziplinären) Krankenakte zusammengeführt und archiviert werden. Somit haben alle an der Behandlung beteiligten Ärzte und Therapeuten Zugriff auf die Krankenakte, sofern es für die Behandlung erforderlich ist. **ja  / nein**

Ich bin damit einverstanden, dass dies auch in digitalisierter Form der Fall ist (Digitale Akte). **ja  / nein**

Bitte beachten Sie, dass zur Terminplanung ein externer Anbieter genutzt wird (Doctolib). Die Möglichkeit einer Online-Terminvereinbarung besteht im SPZ jedoch nicht.

Für die Durchführung der Terminplanungen gelten die Datenschutzerklärung und Datenschutzbestimmungen von Doctolib, einzusehen unter [www.doctolib.de](http://www.doctolib.de)

Ich bin damit einverstanden, über diesen Anbieter Erinnerungen an einen geplanten Termin per SMS und / oder E-Mail zu erhalten. **ja  / nein**

Erinnerungsfunktionen über SMS\*:

*(Mobilfunknummer) – nur eine Nummer möglich*

Erinnerungsfunktionen per E-Mail\*:

*(E-Mail-Adresse) – nur eine E-Mail-Adresse möglich*

\* bitte teilen Sie uns Änderungen mit, damit wir die Daten aktualisieren können

Die Datenschutzerklärung (siehe Link auf unserer [Internetseite](#) oder [Aushang im SPZ](#)) habe ich gelesen und akzeptiere ihre Bestimmungen. **Diese Einverständniserklärung erfolgt auf freiwilliger Basis und sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft wiederrufen werden.** Mit dem Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich per E-Mail an: [spz@klinikum-esslingen.de](mailto:spz@klinikum-esslingen.de) richten oder per Post an: SPZ Esslingen, Hirschlandstr. 97, 73730 Esslingen.

Uns zugesandte Unterlagen, die nicht mehr benötigt werden (z.B. wenn kein Termin im SPZ zustande kommen sollte), vernichten wir datenschutzkonform.

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) (Name in Druckschrift und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) (Name in Druckschrift und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

# Schweigepflichtentbindung für das Sozialpädiatrische Zentrum Esslingen

Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns damit einverstanden, dass Auskünfte über:

---

(Familienname + Vorname des Kindes)

---

(Geburtsdatum des Kindes)

von den Mitarbeitenden des Sozialpädiatrischen Zentrums:

von folgenden Personen/  
Personen/ Institutionen  
**weiterge-  
eingelegt  
geben**  
werden dürfen (\*)

an folgende Personen/  
Institutionen  
**weiterge-  
eingelegt  
geben**  
werden dürfen (\*)

**Bitte Namen und Ort der Person/Institution eintragen:**

- |                                     |                                     |  |       |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Zuweisender Arzt / Ärztin<br>(falls nicht gewünscht, bitte durchstreichen) | <hr/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Psychotherapeut/Psychotherapeutin:   | <hr/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Therapie (Ergo/Logo/Physio/andere):  | <hr/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Sozialer Dienst:   | <hr/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Interdisziplinäre Frühförderstelle:  | <hr/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Sonderpädagogische Frühförderung:  | <hr/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Beratungsstelle:   | <hr/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Kindergarten:  | <hr/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Schule:  | <hr/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Sonstige:  | <hr/> |

(\*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Dadurch entbinde ich / entbinden wir die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des SPZ sowie die an der Behandlung des oben genannten Kindes beteiligten Fachkräfte der angekreuzten Institutionen wechselseitig von der Schweigepflicht.

Mit meiner / unserer Unterschrift erkläre(n) ich / wir, für den Patienten / die Patientin personensorgeberechtigt zu sein und auch im Einverständnis einer etwaig weiteren sorgeberechtigten Person zu handeln.

**Bei Pflegekindern: Unterschrift des gesetzlichen Vormundes / des Inhabers der Gesundheitsfürsorge.**

**Diese Einverständniserklärung erfolgt freiwillig, sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise und ohne Angaben von Gründen wiederrufen werden.** Die Widerrufserklärung ist an den verantwortlichen Arzt / die Ärztin zu richten, der Sie über die Folgen eines Widerrufs aufklärt. Ihr Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) (Name in Druckschrift und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) (Name in Druckschrift und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

# ELTERNFRAGEBOGEN ZUR WIEDERVORSTELLUNG SPZ ESSLINGEN

Familienname des Kindes: \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Familienstand:  Eltern zusammenlebend  getrennt lebend, seit: \_\_\_\_\_  
 leibliches Kind  adoptiert  Pflegekind

Bei wem lebt das Kind?  mit beiden Eltern  bei der Mutter  bei dem Vater  
 bei Pflegeeltern  Heim  Sonstige: \_\_\_\_\_

Wer hat das Sorgerecht?  beide Eltern  nur Mutter  nur Vater  
 Amtsvormund  Sonstige: \_\_\_\_\_

Wurde die Gesundheitsfürsorge auf andere Personen übertragen?

nein  ja, auf: \_\_\_\_\_

(Familienname + Vorname der Gesundheitsfürsorge-berechtigten Person)

Kontaktdaten Mutter:

(Familienname + Vorname der Mutter)

(Adresse der Mutter)

(Telefon, E-Mail)

Kontaktdaten Vater:

(Familienname + Vorname des Vaters)

(Adresse des Vaters)

(Telefon, E-Mail)

Kontaktdaten Amtsvormund/Heim/Sonstige:

(Familienname + Vorname des Vormunds)

(Adresse des Vormunds)

(Telefon, E-Mail)

Der Bogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Von wem wurde die erneute SPZ-Vorstellung empfohlen? \_\_\_\_\_

## Was macht Ihnen Sorgen beim Kind und weshalb möchten Sie erneut in das SPZ kommen?

Bitte genau beschreiben (sofern der Platz nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein Zusatzblatt):

- Verhalten /  geistige Entwicklung /  motorische Entwicklung /  Sprachentwicklung /  Schlafen /  Erziehung /  Anfälle  
 Schulleistungen /  Hör- o. Sehvermögen /  Fehlbildungen /  Ernährung /  Wachstum o. Körperbau /  Sauberkeitsentwicklung

Wer ist der Kinderarzt/die Kinderärztin? \_\_\_\_\_

## Medizinische Fragestellung (von dem überweisenden Kinderarzt / der Kinderärztin auszufüllen):

(alternativ ist der Überweisungsschein beizufügen)

Datum, Praxisstempel

**Ohne die Bestätigung des Kinderarztes/der Kinderärztin kann kein Vorstellungstermin im SPZ vereinbart werden.**

## Wurde das Kind deswegen schon an anderer Stelle untersucht oder behandelt?

(z. B. in einem anderen SPZ, Interdisziplinäre Frühförderstelle, Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz)?

nein       ja: \_\_\_\_\_  
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

## Wurden bei dem Kind bereits Untersuchungen durchgeführt? (Bitte legen Sie Berichtskopien bei, sofern vorhanden.)

Hörtest/HNO: \_\_\_\_\_  
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Hörgerät(e)  ja /  nein \_\_\_\_\_  
(Ergebnis)

Sehtest/Augenarzt: \_\_\_\_\_  
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Brille  ja /  nein \_\_\_\_\_  
(Ergebnis)

EEG: \_\_\_\_\_  
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

\_\_\_\_\_  
(Ergebnis)

Röntgen/MRT/CT: \_\_\_\_\_  
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

\_\_\_\_\_  
(Ergebnis)

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

\_\_\_\_\_  
(Ergebnis)

## War das Kind schon schwer krank oder hat es eine chronische Erkrankung?

nein    ja, folgende: \_\_\_\_\_

## Aktuelle + frühere behandelnde Kliniken / Sprechstunden (Bitte legen Sie Berichtskopien bei, sofern vorhanden.)

nein    ja, folgende: \_\_\_\_\_

## Eingriffe / Operationen? (Bitte legen Sie Berichtskopien bei, sofern vorhanden.)

nein    ja, folgende: \_\_\_\_\_

## Medikamente?

nein    ja, folgende: \_\_\_\_\_

## Allergien / Unverträglichkeiten?

nein    ja, folgende: \_\_\_\_\_

## Kindergarten (Bitte legen Sie Berichtskopien bei, sofern vorhanden.)

	<b>Name der Einrichtung</b>	<b>Datum Beginn / Ende</b>
Kinderkrippe:		
Regelkindergarten:		
Integrativer / Förderkindergarten:		
Betreuungsstunden pro Tag:	Anzahl der Kinder in der Gruppe:	Offenes Konzept? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja
Integrationshilfe?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____	
Stellungnahme von SPZ erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja	
Gab es Probleme bei der Eingewöhnung? Verhaltensprobleme? Sonstige Probleme?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, folgende:	

## Schule (Bitte legen Sie ggf. Zeugniskopien bei.)

Wurde das Kind bereits eingeschult?  nein /  ja, in welchem Jahr:

Wurde das Kind von der Einschulung zurückgestellt?  nein /  ja, weil:

<b>Schulform</b>	<b>Name der Einrichtung</b>	<b>Datum Beginn / Ende</b>
Grundschule:		
Förderschule:		
Weiterführende Schule:		
Welche Klasse?	Hat das Kind eine Klasse wiederholt? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, welche Klasse:	
Ganztagesbetreuung?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja	Anzahl Kinder in der Klasse: _____
Gibt es Leistungsprobleme? Verhaltensprobleme? Sonstige Probleme?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Die schulischen Leistungen sind besonders gut in:		
Die schulischen Leistungen sind nicht so gut in:		

## Förderung / Therapie (Bitte legen Sie ggf. Kopien der Therapieberichte bei.)

<input type="checkbox"/> Sprachförderung:	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Logopädie:	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Physiotherapie:	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Ergotherapie:	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Heilpädagogik:	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Psychomotorik:	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung:	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Psychotherapie:	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Frühberatung / Frühförderung:	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)

**Hat das Kind Hilfsmittel?**  nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Hat das Kind einen Schwerbehindertenausweis?**  nein  ja, GdB: \_\_\_\_\_

Merkzeichen:  B  G  aG  H  RF  BI  GI  TBI

(Falls vorhanden: Bringten Sie bitte den Schwerbehindertenausweis zum Termin mit)

**Hat das Kind einen Pflegegrad?**  nein  ja, Pflegegrad:  1  2  3  4  5

## Ernährung / Verdauung

Besonderheiten bei der Ernährung? (z. B. Saugen, Schlucken, Kauen, Speichelbluss, Ablehnung grober Kost, Neigung zum Erbrechen)	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, welche:
Leidet das Kind unter Verstopfung?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja

## Freizeit

**Womit beschäftigt sich das Kind in seiner Freizeit?**

**Medienkonsum:**  nein /  ja:  TV /  Handy /  PC/Laptop /  Spielekonsole **Stunden pro Tag:**

**Besucht das Kind Gruppenaktivitäten?**

**Welche besonderen Stärken, Begabungen oder Interessen hat das Kind?**

<b>Angaben zu den Eltern</b>		
<b>Mutter:</b>		
Geburtsdatum:		Geburtsort:
Schulabschluss:		
Berufsausbildung:		
Aktuell ausgeübter Beruf:	Arbeits- umfang %	
Herkunftsland:		
Muttersprache:		
Sprachkenntnisse:		
Chron. Erkrankungen / Beschwerden:		
<b>Vater:</b>		
Geburtsdatum:		Geburtsort:
Schulabschluss:		
Berufsausbildung:		
Aktuell ausgeübter Beruf:	Arbeits- umfang %	
Herkunftsland:		
Muttersprache:		
Sprachkenntnisse:		
Chron. Erkrankungen / Beschwerden:		

<b>Geschwisterkinder</b>						
<i>m</i> <i>♂</i>	<i>w</i> <i>♀</i>	<b>Name weiterer Kinder (auch verstorbene Kinder)</b>	<b>Geburts- datum</b>	<b>Auffälligkeiten / chronische Erkrankungen</b>	<b>Leibliches Kind von:</b>	
					<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gibt es chronische Erkrankungen oder ähnliche Beschwerden in der Verwandtschaft?**

nein /  ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Gibt es belastende Lebensumstände in der Familie?**

nein /  ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank fürs Ausfüllen! – Ihr SPZ-Team**

## Behandlungskosten im SPZ

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) Esslingen ist eine Form der ambulanten medizinischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Die Kosten für das SPZ werden durch die Krankenkassen in Form einer Quartalspauschale übernommen. Dies gilt sowohl für gesetzlich als auch für privat Versicherte. Für jedes Behandlungsquartal benötigen wir somit einen gültigen **Überweisungsschein von Ihrem Kinderarzt**.

Sollten Sie privat versichert sein, so erhalten Sie gemäß dem üblichen Vorgehen eine Rechnung. Hierzu erhalten Sie ein gesondertes **Informationsschreiben**.

Für **Kinder im Alter von 0 bis 8 Jahren** wird ein weiterer Teil der Kosten durch einen pauschalen Zuschuss des zuständigen Landratsamtes mitfinanziert. Dies gilt sowohl für gesetzlich als auch für privat Versicherte. Bitte füllen Sie den Erstantrag auf **Kostenübernahme für nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen** aus und unterschreiben Sie diesen. Von unserer Seite aus erfolgt dann die Weiterleitung des Kostenantrages an das Landratsamt. Dabei ist erforderlich, dass der Grund der Vorstellung im SPZ / die Zuweisungsdiagnose an das Landratsamt übermittelt wird. Dies geschieht durch uns. Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis durch Ihre Unterschrift.

Sollten Sie Fragen haben, so sprechen Sie uns gerne hierauf an.

Mit freundlichen Grüßen

Sozialpädiatrisches Zentrum  
Ärztlicher Leiter: Dr. med. S. Novak

Klinikum Esslingen GmbH  
Hirschlandstr. 97  
73730 Esslingen

Telefon: 0711 3103-3651  
Telefax: 0711 3103-3649  
E-Mail: [spz@klinikum-esslingen.de](mailto:spz@klinikum-esslingen.de)

K I N D E R K L I N I K  
Chefarzt: Prof. Dr. Christian von Schnakenburg

**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**



(Familienname + Vorname des Kindes)



(Geburtsdatum)



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



(Anschrift)



(Krankenkasse/Anschrift)



(Familienname + Vorname des Hauptversicherten)



(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).

**Die Pauschale wird für jedes Behandlungsquartal erhoben.**

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 97,18 €. 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 97,18 € werden von mir als Selbstzahler übernommen.



Ort/ Datum



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 \_\_\_\_\_ Kostenanerkenntnis erteilt.

# Checkliste zur Anforderung eines Termins

- Diese Checkliste soll Ihnen als Hilfe und Unterstützung bei der SPZ-Anmeldung dienen.
- Wenn Sie alles abgehakt oder angekreuzt haben, ist die Anmeldung komplett ☺.
- Behalten Sie die Checkliste bei sich, diese ist für Ihre Unterlagen.
- Alle notwendigen Informationen und Dokumente finden Sie auf unserer Homepage unter:  
<https://www.klinikum-esslingen.de/kliniken-und-zentren/sozialpaediatrisches-zentrum/informationen-zur-anmeldung/ bzw. informationen-zum-download/>

- Die SPZ-Vorstellung wurde mit dem Kinderarzt/der Kinderärztin besprochen.  
Die Fragestellung und der Stempel auf Seite 2 des Fragebogens sind ausgefüllt oder es liegt eine Überweisung von der Kinderärztin / dem Kinderarzt vor.  
(Dies gilt gleichermaßen für gesetzlich wie auch privat versicherte und beihilfeberechtigte Patienten).
- Der Fragebogen wurde vollständig ausgefüllt.
- Die Informationen zum Datenschutz wurden gelesen, die Datenschutzerklärung wurde ausgefüllt und unterschrieben.
- Der Behandlungsauftrag wurde ausgefüllt und unterschrieben.
- Die Schweigepflichtentbindung wurde ausgefüllt und unterschrieben.
- Der Antrag zur Kostenübernahme wurde ausgefüllt und unterschrieben.  
(Nur für Kinder < 9 Jahren erforderlich.)
- Das Informationsschreiben für Privatversicherte wurde ausgefüllt und unterschrieben.  
(Nur für Privatversicherte erforderlich.)
- Kopien evtl. vorhandener Vorberichte sind vorbereitet.
- Bitte senden Sie nun alle Dokumente an: SPZ Esslingen, Hirschlandstr. 97, 73730 Esslingen.**

*Nach Eingang der Unterlagen setzen wir uns mit Ihnen zur Terminvereinbarung in Verbindung.*

*Und bitte beachten Sie: Nur mit den vollständigen Angaben und Unterschriften können wir Ihren Anmeldebogen bearbeiten und einen Termin vergeben.*

*Mit freundlichen Grüßen*

*Ihr SPZ-Team*