

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

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 Bestellsurkunde 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

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 widerrufen 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 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 _____
(Ort, Datum)

X _____
(Name in Druckschrift und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

X _____
(Ort, Datum)

X _____
(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/
Institutionen
eingeholt
werden
dürfen (*)

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

Bitte Namen und Ort der Person/Institution eintragen:

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

(*) 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 widerrufen 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 _____
(Ort, Datum)

X _____
(Name in Druckschrift und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

X _____
(Ort, Datum)

X _____
(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.)

	Name der Einrichtung	Datum Beginn / Ende
Kinderkrippe:		
Regelkindergarten:		
Integrativer / Förderkindergarten:		
Betreuungstunden 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? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, in welchem Jahr:		
Wurde das Kind von der Einschulung zurückgestellt? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, weil:		
Schulform	Name der Einrichtung	Datum Beginn / Ende
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:	Schulbegleitung? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja
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:	_____
	<i>(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)</i>
<input type="checkbox"/> Logopädie:	_____
	<i>(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)</i>
<input type="checkbox"/> Physiotherapie:	_____
	<i>(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)</i>
<input type="checkbox"/> Ergotherapie:	_____
	<i>(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)</i>
<input type="checkbox"/> Heilpädagogik:	_____
	<i>(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)</i>
<input type="checkbox"/> Psychomotorik:	_____
	<i>(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)</i>
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung:	_____
	<i>(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)</i>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie:	_____
	<i>(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)</i>
<input type="checkbox"/> Frühberatung / Frühförderung:	_____
	<i>(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)</i>

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: Bringen 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, Speichelfluss,
Ablehnung grober Kost, Neigung zum
Erbrechen)*

☐ nein / ☐ ja, welche:

Leidet das Kind unter Verstopfung?

☐ nein / ☐ 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?

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

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

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

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

www.klinikum-esslingen.de

Tel 0711 - 3103 3651

Fax 0711 - 3103 3649

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

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 _____ Kostenanerkennnis 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/](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