

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**

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).

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.

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.