



Familien- und soziale Hilfen Sozialpädiatrisches Zentrum

Bühler Weg 24
55543 Bad Kreuznach
Tel. 0671/605-2365
Fax 0671/605-2633
spz@kreuznacherdiakonie.de

ANMELDUNG IM SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTRUM BAD KREUZNACH

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Sie möchten Ihr Kind zur Untersuchung im Sozialpädiatrischen Zentrum der Stiftung kreuznacher diakonie anmelden.

Um die Abläufe zu vereinfachen, bitten wir Sie, die folgenden **zwei** Dokumente:

- 1. Anmeldebogen und**
- 2. Antrag auf nichtmedizinische Leistungen der Komplexleistung**

vollständig auszufüllen.

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Schritte:

Schritt 1:

- Füllen Sie den nachfolgenden **Anmeldebogen** aus und **unterschreiben** Sie die Erklärung zur elterlichen Sorge und die Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung

Schritt 2:

- Wenn ihr Kind einen gesetzlichen **Vormund** hat, lassen Sie diesen bitte **unterschreiben**

Schritt 3:

- Machen Sie einen **Termin** bei Ihrem **Kinder- oder Hausarzt** aus, damit dieser die Notwendigkeit einer SPZ-Behandlung mit Ihnen gemeinsam überprüfen kann. Legen Sie ihm den ausgefüllten Anmeldebogen vor und bitten Sie ihn, auf der letzten Seite eine Verdachtsdiagnose zu vermerken und zu **unterschreiben**

Schritt 4:

- **Beide sorgeberechtigten Elternteile** unterschreiben den von Ihnen ausgefüllten Antrag auf nichtmedizinische Leistungen der Komplexleistung sowie die Datenschutzerklärung
- Nur bei alleinigem Sorgerecht unterschreibt **ein Elternteil**.
Die Sorgerechtsbescheinigung (Negativbescheinigung) in Kopie **muss** in diesem Fall dem Anmeldebogen **beigefügt werden**.

- Die vorläufige Einschätzung nach SGB IX bzw. SGB VIII (oberer Abschnitt des Antrags) übernimmt der Arzt im Erstkontakt ¹. Sie geben die Daten im Tabellenteil ein und unterschreiben an den vorgesehenen Stellen. Andersfalls ist eine Vorstellung im SPZ Bad Kreuznach nicht möglich

Schritt 5:

- Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Dokumente
 1. **Anmeldebogen** als auch den
 2. **Antrag auf nichtmedizinische Leistungen der Komplexleistung****anschließend per Post** an folgende Adresse:

**Sozialpädiatrisches Zentrum Bad Kreuznach
Bühler Weg 24
55543 Bad Kreuznach**

Bei Schwierigkeiten oder Fragen helfen wir Ihnen gerne im Untersuchungstermin weiter.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin einen Dolmetscher mit, falls Sie sich auf Deutsch nicht ausreichend verständigen können.

WICHTIGE INFORMATION

- Sollte es für Ihr Kind bereits Vorbefunde geben (z.B. Krankenhaus- und/oder Therapieberichte, Arzt- und/oder Laborbefunde), fügen Sie diese dem Anmeldebogen in Kopie bei. Dies ist für den behandelnden Arzt vorab sehr hilfreich
- Die weitere Bearbeitung Ihrer Anmeldung ist nur mit vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Dokumenten möglich
- Unser Anspruch ist es, Ihnen so schnell wie möglich einen Termin für Ihr Kind in unserer Einrichtung anzubieten. Leider können wir diesem Anspruch aufgrund der Fülle an Anfragen derzeit nicht wie gewünscht nachkommen. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass die Terminvergabe nicht nach dem Eingangsdatum des Fragebogens erfolgt. Wir werten Ihre Angaben aus und können so die Dringlichkeit, Komplexität des Falles, Alter des Kindes und Vorentwicklung einschätzen. Dann vergeben wir für Ihr Kind einen Termin

Vielen Dank im Voraus für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Susanne Metzger
Leitende Ärztin

Dr. med. Elke Eich
Leitende Ärztin

¹ Erläuterungen zum Antrag auf nichtmedizinische Leistungen der Komplexleistung

- Zum 01.10.2023 ist eine neue Landesrahmenvereinbarung (LRV) in Kraft getreten. Diese Vereinbarung gilt zwischen den Sozialpädiatrischen Zentren mit Frühförderung, den gesetzlichen Krankenversicherungen und dem Städte- und Landkreistag in Rheinland-Pfalz. In der Vereinbarung wird die Erbringung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsstörung oder -gefährdung geregelt (§§ 118, 43a SGB V, § 46 Abs. 4 SGB IX i.V.m. § 2 Abs. 2 FrühV)

Anmeldebogen				
1. Angaben zum Patienten				
Vor- und Nachname d. Kindes				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> andere	
Staatsangehörigkeit				
PLZ/Wohnort				
Straße, Hausnummer				
Kreiszugehörigkeit				
Wohnhaft bei	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Kinderheim
Wohnhaft seit				
Aufenthaltstitel	<input type="checkbox"/> ja - <i>Bitte fügen Sie eine Kopie der Aufenthaltserlaubnis bei.</i>			
Name u. Anschrift der Krankenversicherung				
Versichertennummer des Kindes				
Art der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzlich	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Sozialamt	
Hauptversicherte(r)			Geb.datum	
Anschrift u. Telefonnr. der Kita/Schule				
2. Regelungen der elterlichen Sorge				
Das Sorgerecht für dieses Kind liegt bei	<input type="checkbox"/> beiden Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstiges* (*Bei Pflegekindern bitte die Anlage 2a ausfüllen)			
Alleiniges Sorgerecht	<i>Bei alleinigem Sorgerecht, fügen Sie bitte den entsprechenden Nachweis bzw. die Geburtsurkunde bei.</i>			
Kindschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> leibliches Kind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Adoptivkind	
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft
Wer unterstützt Sie?	<input type="checkbox"/> Großeltern		<input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) Name: Telefon:	
	<input type="checkbox"/> Andere			
Verwandtenehe	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	

	Sorgeberechtigte Mutter	Sorgeberechtigter Vater
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		
Telefon/Fax		
Email		
Staatsangehörigkeit		
Herkunftsland		
Muttersprache		
In Deutschland seit		
Schulabschluss		
Beruf		
Arbeitgeber		

3. Erklärung zur elterlichen Sorge

Mit meiner/unseren Unterschrift/en erkläre ich/erklären wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir dem Sozialpädiatrischen Zentrum Bad Kreuznach umgehend mit.

Bei getrenntlebenden Eltern und gemeinschaftlichem Sorgerecht versichere ich, dass der andere Elternteil mit der Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum Bad Kreuznach einverstanden ist.

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum Bad Kreuznach zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird (einschließlich fachlichem Austausch aller an der Behandlung Ihres Kindes beteiligten SPZ-Mitarbeitenden).

Datum und eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

Bei Pflegekindern: Datum und eigenhändige Unterschrift/-en des gesetzlichen Vormundes/ des Inhabers der Gesundheitsfürsorge

HINWEIS:

Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum Bad Kreuznach aus rechtlichen Gründen nicht möglich! Bei Pflegeverhältnissen müssen bei Untersuchung des Kindes alle Unterlagen über Befugnisse der Pflegeeltern vorgelegt werden.

4. Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung

Als Sorge-/Erziehungsberechtigte(r) oder gesetzlicher Vormund erkläre(n) ich mich / wir uns damit einverstanden, dass die Daten des oben genannten Kindes aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Vertrag mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum Bad Kreuznach und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen, gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Ebenso geben Sie als Sorgeberechtigte mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis, dass der/die zuweisende Arzt*in die jeweiligen Behandlungsberichte erhält. Bei einem Wechsel Ihres Kinder- oder Hausarztes bitten wir um Ihre zeitnahe Mitteilung.

Sie erklären sich darüber hinaus damit einverstanden, dass ggf. Ton- und Bildaufnahmen, die im Rahmen der Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes gemacht werden, für den internen SPZ-Gebrauch verwendet werden dürfen.

Durch die speichernde Stelle wurde ich / wurden wir zuvor auch darauf hingewiesen, dass im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen eine Übermittlung der personenbezogenen Daten an andere Stellen, z. B. im Rahmen der Zusammenarbeit mit kommunalen Kostenträgern erfolgen kann, soweit dies zur Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Widerrufsmöglichkeit:

Die Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung kann jederzeit, ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Mir / uns ist bekannt, dass eine Behandlung ab dem Zeitpunkt des Widerrufs nicht mehr möglich ist.

Datum und eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

Bei Pflegekindern: Datum und eigenhändige Unterschrift/-en des gesetzlichen Vormundes/ des Inhabers der Gesundheitsfürsorge

2a Anlage: (Bitte diese Seite nur für Kinder in Pflegefamilien ausfüllen!)		
Hat das Kind einen gesetzlichen Vormund ?		
Name/Vorname		
Jugendamt/PLZ/Ort		
Telefon		
Fax		
Email		
Zuständigkeit beim Pflegekinderdienst :		
Name/Vorname		
Jugendamt/PLZ/Ort		
Telefon		
Fax		
Email		
Bei Ergänzungspflegschaften : Welche Person übt die Gesundheitsfürsorge aus?		
Name/Vorname		
Jugendamt/PLZ/Ort		
Telefon		
Fax		
Email		
Welche Person übt das Recht zur Beantragung von Sozialleistungen aus?		
Name/Vorname		
Jugendamt/PLZ/Ort		
Telefon		
Fax		
Email		
Leibliche Familie des Kindes:		
	Mutter	Vater
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		
Telefon/Fax/Email		

5. Grund der Anmeldung

Was ist der **Vorstellungsgrund**? Für welche Probleme Ihres Kindes suchen Sie Hilfe?
Eine ausführliche Beschreibung aller Schwierigkeiten/Auffälligkeiten ist unbedingt notwendig.

Auf welchem Gebiet bestehen **Schwierigkeiten** oder **Auffälligkeiten**?

<input type="checkbox"/> Motorik	<input type="checkbox"/> Verhalten	<input type="checkbox"/> Hör- u. Sehvermögen
<input type="checkbox"/> Wachstum	<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung
<input type="checkbox"/> Schlafverhalten	<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Sauberkeitsentwicklung
<input type="checkbox"/> Schulleistungen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Wann beobachteten Sie die genannten Schwierigkeiten/Auffälligkeiten zum ersten Mal?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente, Inhalationssprays oder andere Präparate ein?

<input type="checkbox"/> ja; welche?	<input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	-------------------------------

Welche **Hilfsmittel** benötigt Ihr Kind?

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Einlagen
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Gehhilfen	<input type="checkbox"/> Orthesen

6. Fragen zur Schwangerschaft und Geburt

Bestanden während der **Schwangerschaft** eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Störungen?

<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/> Infektionen
<input type="checkbox"/> Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> Zigaretten (___ Stück/Tag)	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> Ödeme (Wassereinlagerungen)	<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck

Seelische Belastungen:

Medikamente:

Der wievielten Schwangerschaft entstammt Ihr Kind?			
Gab es Fehl- oder Totgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Die Geburt erfolgte	<input type="checkbox"/> Zuhause	<input type="checkbox"/> Klinik; wo?	
	in der SSW:		
Bestanden Komplikationen während der Geburt?		<input type="checkbox"/> ja; welche?	<input type="checkbox"/> nein
Angaben zum Neugeborenen			
Länge (cm)	Geburtsgewicht (in Gramm)	Kopfumfang (cm)	
Nabelschnur-pH	APGAR	Base Excess (BE)	
Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie lange?
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Saugen? Beim Kauen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
War Ihr Kind ein „Schreibaby“?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7. Fragen zur frühkindlichen Entwicklung			
Wann hat Ihr Kind die folgenden „Meilensteine“ erreicht?			
	Alter		Alter
Sie bewusst anlächeln		Tagsüber trocken	
Gezieltes Greifen		Nachts trocken	
Sich alleine hinsetzen		Dreirad fahren (Pedale treten)	
Krabbeln		Radfahren ohne Stützräder	
Erste Worte sprechen		Schwimmen	
Zwei-Wort-Sätze sprechen		Freies Laufen	
Hat Ihr Kind gefremdelt?	<input type="checkbox"/> ja	Wann?	<input type="checkbox"/> nein
8. Fragen zu Vorerkrankungen, bisheriger Diagnostik und Therapie			
Hatte Ihr Kind bereits folgende Erkrankungen ?			
<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Asthma/ Pseudokrupp	
<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe/ Epileptische Anfälle		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Hat Ihr Kind alle empfohlenen Impfungen ?			
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein; welche nicht:	

Ist eine Allergie/Unverträglichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel oder andere Stoffe bekannt?			
<input type="checkbox"/> ja; welche?		<input type="checkbox"/> nein	
War Ihr Kind schon stationär (über Nacht) im Krankenhaus ?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wo?	
		Wann? Weshalb?	
Wurden folgende Untersuchungen durchgeführt?			
Was?	Wo?	Wann?	Auffälligkeiten? Welche?
<input type="checkbox"/> Sehtest			
<input type="checkbox"/> Hörtest			
<input type="checkbox"/> EEG			
<input type="checkbox"/> EKG			
<input type="checkbox"/> MRT/CCT			
<input type="checkbox"/> Orthopädische Vorstellung			
Wurde Ihr Kind schon einmal im SPZ Bad Kreuznach untersucht/behandelt?		<input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja; wann?	
Wurde Ihr Kind deshalb schon anderweitig untersucht/behandelt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wo haben Sie Ihr Kind bereits wegen der genannten Schwierigkeiten / Auffälligkeiten vorgestellt oder behandeln lassen? Bisherige Therapien ?			
Wo?	Name	Wann? (Jahr, Zeitraum)	
Anderes SPZ			
Fachärzt*innen			
Kurklinik/Klinik			
Therapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
	<input type="checkbox"/> Physiotherapie		
	<input type="checkbox"/> Logopädie		
Psycholog*innen			
Heilpädagog*innen			

9. Fragen zum Sozialrecht				
Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis ?				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Grad der Behinderung:	%	Merkzeichen:
Beziehen Sie Pflegegeld ?				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Pflegegrad:		
10. Fragen zu Interessen/ Fähigkeiten/ Spielverhalten				
Womit beschäftigt sich Ihr Kind in seiner freien Zeit?				
Besucht Ihr Kind eine Sportgruppe, Musikschule oder andere regelmäßige Gruppen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; welche und wie oft?	
Schaut Ihr Kind Fernsehen oder spielt mit PC/ Handy/ Notebook/ Spielekonsole?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; wie viele Stunden pro Tag? _____	
Welche besonderen Stärken, Begabungen, Interessen hat Ihr Kind?				
Kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen? Wie lange?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
11. Fragen zu Kindergarten/Schule				
Kindergarten	Name	In welchem Alter?	Betreuungszeit von...bis...	
<input type="checkbox"/> Regelkindergarten				
<input type="checkbox"/> Integrativer / (Förder-)kindergarten				
Gab/Gibt es Probleme bei der Eingewöhnung? Sonstige Probleme?				
Hatte/ Hat Ihr Kind eine Integrationshilfe?				
<input type="checkbox"/> ja; wann?		<input type="checkbox"/> nein		
Schule	Name	Klassenstufe	Klassengröße	Hort/Ganztags-Betreuung
<input type="checkbox"/> (Regel-) Grundschule				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Schwerpunkt- oder Förderschule				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> weiterführende Schule				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gibt es Leistungsprobleme? Probleme im Lesen, Schreiben oder Rechnen?				

12. Fragen zur Familienvorgeschichte						
Sind in Ihrer Familie chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten (z. B. Schilddrüsenerkrankungen, Zuckerkrankheit, Allergien, Lernstörungen, psychische Erkrankungen, Behinderungen, Fieberkrämpfe, Epilepsien) bekannt?						
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?				
		Bei wem? (Geschwister s.u.):				
Sind die Eltern blutsverwandt?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
13. Geschwisterkinder						
Vor- und Nachname	Geschlecht			Geburtsdatum	Leibliches Kind von	
	♀	♂	♀ ♂		Mutter	Vater
	<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"/>
Gab/Gibt es bei einem der Geschwisterkinder Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen? Wenn ja, welche und bei wem?						
Wurde eines oder mehrere Geschwisterkinder schon einmal in unserem SPZ behandelt? Wenn ja, wann und bei wem?						
14. Fragen zur sozialen Situation und Verhalten Ihres Kindes						
Wer betreut(e) Ihr Kind vorwiegend?						
Lebte Ihr Kind zeitweise außerhalb Ihrer Familie?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; wo? Wie lange?			
Wie viele Personen leben in ihrem Haushalt?						
Gab es Trennungen oder Verluste von wichtigen Bezugspersonen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; welche?			
Mit Kindern welchen Alters spielt ihr Kind bevorzugt?						
Liegen bei Ihrem Kind folgende Verhaltensauffälligkeiten/Störungen vor?						
Einnässen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
Einkoten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
Störung der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
Einschlaf-/ Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
Schmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; welche?				
Nägelkauen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
Stottern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				

Tics (z.B. häufiges Augenzwinkern)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Unkonzentriertheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Überaktivität (Kind ist ständig in Bewegung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hohe Risikobereitschaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Häufige Wutausbrüche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Starke Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Destruktives Verhalten (z.B. mutwilliges Zerstören von Spielzeug)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Distanzlosigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Kontaktstörungen (z.B. sozialer Rückzug)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Geringes Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Extreme Eifersucht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Extreme Geschwisterrivalität	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haare ausreißen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Selbstverletzung (z.B. Kopfschlagen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sexuelle Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sonstiges:		
Was möchten Sie uns noch mitteilen:		

15. Abschließende Bemerkungen

Der Anmelde- und Anamnesebogen wurde ausgefüllt von:

Ggf. unter Hilfe/Mitwirkung von Person/Institution:

Können Sie einen Termin bei uns im SPZ auch kurzfristig (innerhalb von 1-24h) wahrnehmen? (falls eine andere Familie kurzfristig absagt)

nein

ja

Verdachtsdiagnose des überweisenden Kinder-, Jugend- oder Hausarzt

Bitte Stempel und Unterschrift des überweisenden Arztes



**Antrag auf nichtmedizinische Leistungen der Komplexeistung
Frühförderung
aufgrund vorläufiger Einschätzung nach**

SGB IX bzw.

SGB VIII

Anlage: **Förderplan / Anamnese**

Förderplan / Anamnese wird nachgereicht

**Familien- und Soziale Hilfen
Sozialpädiatrisches Zentrum**

Leitende Ärztinnen
Dr. med. Elke Eich
Dr. med. Susanne Metzger

Bühler Weg 24
55543 Bad Kreuznach
Tel. 0671 / 605 - 2365
Fax 0671 / 605 - 2633
spz@kreuznacherdiakonie.de

Name, Vorname des Kindes		<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Divers	Geb. Datum
Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, Kreis		dort wohnhaft seit:	Staatsangehörigkeit
Das Kind lebt <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung			
Name der Pflegeeltern / der Einrichtung		Kontakt (Telefon)	Ggf. Ansprechpartner
Anschrift			
Name; Vorname der Mutter		Name, Vorname des Vaters	
Geb.-Datum der Mutter		Geb.-Datum des Vaters	
Straße, Haus-Nr.		Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort		PLZ, Wohnort	
Telefon mit Vorwahl		Telefon mit Vorwahl	
E-Mail		E-Mail	
Beruf		Beruf	
Anschrift des Arbeitgebers		Anschrift des Arbeitgebers	

Krankenversicherung über <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Anschrift der Krankenkasse und Versicherungsnummer	
Anspruch auf Beihilfe 1 (Mutter) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anspruch auf Beihilfe 1 (Vater) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zuständige Beihilfestelle, Anschrift	Zuständige Beihilfestelle, Anschrift
Anschrift des Kindergartens /der Schule/ der Tagesstätte	
Inhaber der elterlichen Sorge ist	
<input type="checkbox"/> Eltern gemeinsam <input type="checkbox"/> Mutter alleine <input type="checkbox"/> Vater alleine <input type="checkbox"/> Dritte (Vormund/Pfleger)	ggf.: Vormund/Pfleger ist: (Anschrift und Ansprechpartner)
Ist die Förderung auf ein entschädigungspflichtiges Ereignis zurückzuführen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / zuständige Stelle, Anschrift	

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

1) Leistungen der Eingliederungshilfe sind gegenüber Leistungen anderer Leistungsträger nachrangig

Vollmacht des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht

Name des Kindes

Geburtstag

Ich bevollmächtige die Mutter/ den Vater des Kindes einen Antrag auf Leistungen der Frühförderung bei dem zuständigen Jugend- bzw. Sozialamt zu stellen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Entscheidung des/der Kostenträger über den Antrag dem Bevollmächtigten übermittelt wird.

Besonderheiten:

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben des Trägers der Eingliederungshilfe im Rahmen der Frühförderung nach §§ 67a,67b und 67d SGB I in Verbindung mit §§ 42,46,109,113 SGB IX sowie der Frühförderverordnung (FrühV) vom 24.06.2003, zuletzt geändert am 23.12.2016, erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen zum Beispiel bei den Leistungsansprüchen führen. Die Daten werden für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und anschließend gelöscht.

Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DGSVO i.V.m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DGSVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 EU-DGSVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 EU-DGSVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DGSVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe die im Rahmen der Bearbeitung meines Antrags auf Eingliederungshilfe erforderlichen Unterlagen und Informationen sowie Gutachten und Stellungnahmen bei Bedarf

- bei meiner Kranken- / Pflegekasse,
- dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung,
- dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen,
- bei den Sozialleistungsträgern nach dem Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I),
- sowie anderen Trägern der Eingliederungs-, Jugend- und Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes, Achtes und Zwölftes Buch

und dem gewählten Leistungserbringer einholen kann, sowie meine zur Bearbeitung erforderlichen Daten an die entsprechende Stelle weiterleitet.

Gleiches gilt auch im Falle einer privaten Krankenversicherung, privaten Altersvorsorge oder einer sonstigen privaten Versicherung gegenüber diesem Versicherungsunternehmen, soweit dies für die Bearbeitung des Antrags auf Eingliederungshilfe erforderlich ist.

Diese Einwilligungserklärung entbindet mich nicht von den mir obliegenden Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten in Bezug auf einen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe.

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r des Kindes)