



Ki.D.T. gGmbH • Demminer Str. 6 • 13059 Berlin

Kinder- und Jugendambulanz/
Sozialpädiatrisches Zentrum (KJA/SPZ)
Lichtenberg-Hohenschönhausen

Leitende Ärztin
Dipl.-Med. Christine Bärwolff



Berlin,

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben Ihr Kind bei uns angemeldet.

Füllen Sie den Anamnese-Fragebogen **aus**.

Besprechen Sie den Fragebogen **mit** Ihrem Kinderarzt.

Der Kinderarzt soll den Fragebogen **unterschreiben**.

Sollen wir Sie an Termine erinnern?

Dann füllen Sie bitte das Blatt elektronische Termin-Erinnerung aus.

(Bitte drehen Sie das Blatt um.)

Ki.D.T. gGmbH - Kinder.Diagnostik.Therapie
Demminer Straße 6 / 13059 Berlin
Telefon: 030 / 96 27 79 00
Telefax: 030 / 96 27 79 -09

E-Mail: kja-spz.lichtenberg-hohenschoenhausen@kidt.berlin

Die Ki.D.T. gGmbH ist eine Tochtergesellschaft des Sozialverbands VaK Berlin-Brandenburg e. V.

Geschäftsführung:
Rainer Oetting
Internet: www.kidt.berlin

Bank für Sozialwirtschaft (BFS): BIC BFSWDE33BER
Geschäftskonto: IBAN DE35 1002 0500 0001 4166 00
Handelsregisternummer: AG Berlin-Charlottenburg HRB 167619 B
Steuernummer: 27/029/33189



Senden Sie alles mit der Post zu uns:

- Anamnese-Fragebogen
- elektronische Termin-Erinnerung
- Briefe von Ärzten

Unsere Adresse:

SPZ Hohenschönhausen

Demminer Straße 6

13059 Berlin

Ist **alles** im SPZ-Hohenschönhausen angekommen?

Dann bekommen Sie eine SMS.

Die Termine bekommen Sie später von uns mit der Post.

Ihr Kind besucht noch keine Schule?

Vielleicht kann der Heilpädagogische Fachdienst helfen.

Was macht der Heilpädagogische Fachdienst?

Dies steht im beigelegten Heft.

Mit freundlichen Grüßen

Sekretariat

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummern: _____

E-Mailadresse: _____

Sorgerecht: Eltern Mutter Vater sonstige: _____Lebt bei?: Eltern Mutter Vater sonstige: _____

Muttersprache der Familie: _____

behandelnder Kinderarzt: _____

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert? _____

In welche Kita/Schule geht Ihr Kind? _____

Hat es einen Integrationsstatus? ja, seit wann? _____ nein

Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?**1. Entwicklungssorgen**Grobmotorik

nein ja, beim Laufen Springen Ball spielen
 Balancieren Klettern Sonstiges: _____

Feinmotorik

nein ja, beim Malen Schneiden Besteck halten
 Anziehen Basteln Sonstiges: _____

Sprache (z.B. Aussprache, Wortschatz, Satzbau)

nein ja, bei Aussprache Wortschatz Satzbau
 Verstehen Hören Nachsprechen

2. Leistungsprobleme/ Schulprobleme/Auffassungsgabe

nein ja Überforderung Leistungsabfall Schulunlust
 sonstiges _____

3. Verhaltensprobleme

nein ja Wutausbrüche Unruhe Konzentrationsmangel
 Ängstlichkeit fehlende Ausdauer
 Widerstand bei Situationswechsel Tics
 Fixierung auf bestimmte Abläufe, Spiele oder Bewegungen
 sonstiges/nähere Beschreibung _____

4. Kontaktschwierigkeiten

- nein ja Blickkontakt Reaktion auf Namen
 Körperkontakt Reaktion auf weinen, lächeln, schreien
 Kontakt mit Gleichaltrigen Mimik und Gestik
 Kontakt mit Erwachsenen sonstiges _____

5. körperliche Beschwerden

- nein ja Kopfschmerzen Ess- und Schlafprobleme
 Einnässen Einkoten

6. Bitte beantworten Sie zum Schluss noch folgende Fragen:

Seit wann tritt die geschilderte Problematik auf?

Wo wird die Problematik am deutlichsten sichtbar?

- zu Hause in der Kita in der Schule

Gibt es bereits eine Diagnose durch einen Arzt oder wurde ein Verdacht von Seiten der Kita geäußert?

- nein ja ADHS Autismus Mutismus

Befand sich Ihr Kind deswegen schon einmal in Betreuung?

- nein ja, Ergotherapie Logopädie Beratungsstelle
 psychologische Betreuung heilp. Fachdienst (HPFD)

Stellungnahme des Kinderarztes:

Ki.D.T. gGmbH – Kinder.Diagnostik.Therapie
KJA/SPZ Lichtenberg (Hohenschönhausen)
Demminer Straße 6
13059 Berlin
Tel.: (030) 96277900 Fax: (030) 96277909

elektronische Terminerinnerung

Name des Kindes

Geburtsdatum

Name
Personensorgeberechtigter

Mobilfunknummer

Ich möchte an Termine, die ich mit der KJA/SPZ Lichtenberg (Hohenschönhausen) vereinbart habe, erinnert werden und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen.

Ich möchte gerne per **SMS** an folgende Termine erinnert werden:

- Erst- und Wiedervorstellungstermine
- Gesprächstermine

Meine für die elektronische Terminerinnerung notwendigen Daten (Telefonnummer) dürfen hierfür genutzt werden. Mir ist bekannt, dass, wenn Unbefugte sich Zutritt zu meinen SMS verschaffen, auch diese Nachrichten eingesehen werden können. Sollte ich die Erinnerung nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass es sich hierbei um einen Service der KJA/SPZ Lichtenberg (Hohenschönhausen) handelt und sich keinerlei Rechtsansprüche hieraus ergeben. Dies gilt auch, falls ich keine oder eine fehlerhafte Terminerinnerung erhalten sollte.

Ort, Datum

Unterschrift Personenberechtigte*r