



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

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

Leitende Ärztin
Dipl.-Med. Christine Bärwolff

Sehr geehrte Familie,

vielen Dank für die Anmeldung Ihres Kindes

Sie wünschen für Ihr Kind eine Vorstellung in unserem SPZ.

Wir möchten Sie mit diesem Schreiben über unser Anmeldeverfahren informieren.

Zuerst besprechen Sie bitte Ihre Sorgen und Bedenken bezüglich der Entwicklung und des Verhaltens Ihres Kindes mit dem behandelnden Kinderarzt. Ihr Kinderarzt wird entscheiden, ob eine Betreuung durch uns notwendig ist.

Füllen Sie den Anmeldefragebogen möglichst genau aus und lassen Sie den Kinderarzt gegenzeichnen. **Ohne Zustimmung des Kinderarztes wird Ihre Anmeldung nicht berücksichtigt.** Den vollständig ausgefüllten Fragebogen schicken Sie bitte an uns zurück. Möchten Sie an zukünftige Termine bei unserer Kinderärztin und Psychologin erinnert werden, unterschreiben Sie bitte die beigegebene Einverständniserklärung.

Von telefonischen Nachfragen zur Terminvergabe bitten wir abzusehen. Entsprechend Ihren Angaben planen wir für Sie und Ihr Kind die notwendigen Diagnostiktermine und einen Termin für das Befundgespräch. Diese erhalten Sie von uns auf dem Postweg.

Bitte beachten Sie, dass Sie für die Betreuung bei uns einen **Überweisungsschein für das aktuelle Quartal** von Ihrem Kinderarzt brauchen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr SPZ-Team

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@kidl.berlin

Geschäftsführerin:
Silvana Radicione
Internet: www.kidt.berlin

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

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



Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummern: _____

E-Mailadresse: _____

Sorgerecht: Eltern Mutter Vater sonstige: _____

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. Kontakt Schwierigkeiten

- 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
-
-

Stellungnahme des Kinderarztes:

Patienteninformation und Einverständniserklärung 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 Personensorgeberechtigte*r