



Klinikum Wolfsburg | Sauerbruchstraße 5A | 38440 Wolfsburg

Zentrum für
Entwicklungsdiagnostik und
Sozialpädiatrie

Leitender Arzt:
Dr. med. Peter Möller

NAME, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Sekretariat:
Tel.:05361 80-1389
Fax:05361 80-1421

Straße, Wohnort

zeus@klinikum.wolfsburg.de
www.klinikum.wolfsburg.de

**Bitte vom zuweisenden Kinderarzt /Hausarzt ausfüllen lassen:
(ohne diese Seite und einen gültigen Überweisungsschein
kann die Anmeldung nicht entgegengenommen werden!
Bitte den Überweisungsschein bereits jetzt im Original beifügen!)**

Anmeldung für:

- Akut EEG-Sprechstunde
- Akut Pandemie-Sprechstunde
- Allgemeine Anmeldung

Medizinische Fragestellung an das ZEUS:

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Konzentration | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> Orthesen |
| <input type="checkbox"/> Verhalten | <input type="checkbox"/> Motorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel |
| <input type="checkbox"/> Lernstörung | <input type="checkbox"/> Globale Entwicklungsstörung | <input type="checkbox"/> Asymmetrie |
| <input type="checkbox"/> Autismus | <input type="checkbox"/> Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität | <input type="checkbox"/> Spastische Bewegungsstörung | |
| <input type="checkbox"/> Regulationsstörung | <input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Erkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Emotionale Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Syndromale Erkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte nächstes Feld eintragen) | | |

Sonstige Fragestellungen/Anmerkungen/Ergänzungen/Gesicherte Diagnosen:

Wichtige Vorbefunde:

Freitext

Datum: _____

Stempel

Unterschrift:

Bitte frei lassen:

Eingang am:	Angesehen:	NV bei:	NV am:
Bemerkungen		Dringlichkeit hoch <input type="checkbox"/>	



Klinikum Wolfsburg | Sauerbruchstraße 7 | 38440 Wolfsburg

**Zentrum für
Entwicklungsdiagnostik und
Sozialpädiatrie**

Leitender Arzt:
Dr. med. Peter Möller

Sekretariat:
Tel.:05361 80-1389
Fax:05361 80-1421

zeus@klinikum.wolfsburg.de
www.klinikum.wolfsburg.de

Bitte Seiten 2-16 von den Eltern / sorgeberechtigten Personen ausfüllen lassen:

Anmeldebogen ZEUS (0 bis 17 Jahre)

ZEUS - Zentrum für Entwicklungsdiagnostik und Sozialpädiatrie – Sauerbruchstr. 5A – 38440 Wolfsburg
(Die Angaben werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt)

**Bitte füllen Sie den Aufnahmefragebogen für die Aufnahme im ZEUS so vollständig wie möglich aus.
Wichtig: Terminvergabe erfolgt erst nach Arztunterschrift und Rücksendung des gesamten Bogens/Anlage!**

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort/-land: _____

Aktuelle Anschrift: _____

Tel. der Familie privat: _____ Tel. Vater/Sorgeberechtigter dienstl./mobil: _____

E-Mail: _____ Tel. Mutter/Sorgeberechtigte dienstl./mobil: _____

Überweisender Arzt (Anschrift u. Tel.-Nr.):

Ist oder war das Kind in Betreuung in einem anderen SPZ? Nein Ja

Wenn ja, in welchem? _____

I. Vorstellungsanlass

Elterneinschätzung

In welchen Bereichen sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

<input type="checkbox"/> motorische Entwicklung	Bitte frei lassen:
<input type="checkbox"/> Sprachentwicklung	
<input type="checkbox"/> Schulleistungen	
<input type="checkbox"/> Intelligenzentwicklung	
<input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau	
<input type="checkbox"/> Verhalten	
<input type="checkbox"/> Schlafverhalten	
<input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle	
<input type="checkbox"/> Ernährung	
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen / Verdauungsprobleme	
<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen / Rheuma	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	
<input type="checkbox"/> Andere	

Können Sie die aktuellen Probleme genauer beschreiben? Was sind Ihre Sorgen?

	Bitte frei lassen:

Welche Untersuchungen und Hilfen erwarten Sie?

	Bitte frei lassen:

II. Medizinische Eigen- und Familienanamnese

Schwangerschaft

<p>Die wievielte Schwangerschaft war es? _____</p> <p>Gab es Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?</p> <p>Wenn ja, wann? Wie viele? _____</p> <p>Wie alt war die Mutter bei der Geburt des Kindes? _____</p> <p>Nahm die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, welche? _____</p> <p>_____</p> <p>Hat die Mutter während der Schwangerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ geraucht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ➤ Alkohol getrunken? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ➤ Drogen genommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja 	<p>Bitte frei lassen:</p>
---	---------------------------

Zeigten Ultraschall- oder Fruchtwasser (z. B. Menge) Auffälligkeiten? Nein Ja

<p>Wenn ja, welche?</p>	<p>Bitte frei lassen:</p>

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten: Nein Ja

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Blutungen / drohende Fehlgeburt <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Seelische Belastungen <input type="checkbox"/> Andere <p>Wenn ja, welche?</p>	<p>Bitte frei lassen:</p>
<p>Haben Sie Kindsbewegungen wahrgenommen?</p>	
<p>Wie erlebten Sie Ihre Schwangerschaft?</p>	

Geburt

In welchem Krankenhaus hat die Mutter entbunden? _____

Entbindung: in der _____ Schwangerschaftswoche errechneter Termin: _____

Gab es Erschwernisse bei der Geburt wie z.B.

Zwillinge Drillinge Steißlage Kaiserschnitt Saugglocke Zangenentbindung

<p>Beschreiben Sie ggf. genauer:</p>	<p>Bitte frei lassen:</p>

Neugeborenes (Vergleiche U1/U2 im Vorsorgeheft) / bitte das Vorsorgeheft mitbringen!

Gewicht _____ g

Länge _____ cm

Kopfumfang _____ cm

Apgarwerte ____/____/____

pH-Wert _____

Wurde Ihr Kind nach der Geburt stationär behandelt?

Nein

Ja

Wenn ja, wo und weshalb?	Bitte frei lassen:

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf

Nein

Ja, welche?

Infektionen

Krampfanfälle

Beatmung

andere:

Erlebten Sie Ihr Kind eher als

sehr ruhig

unauffällig

sehr unruhig

gab es andere Auffälligkeiten?

Ernährung

Wurde Ihr Kind gestillt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bitte frei lassen:
Wenn ja, wie lange?	
Wann erhielt es den 1. Brei?	
Aktuelle Ernährung: <input type="checkbox"/> Normale Mischkost <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> _____	
Essverhalten: <input type="checkbox"/> unproblematisch <input type="checkbox"/> wechselhaft <input type="checkbox"/> mäkelig / eingeschränkt <input type="checkbox"/> _____	
Gewichtsverlauf	

Welche ernsteren Erkrankungen oder Operationen hat Ihr Kind bisher durchgemacht (wann und wo)?

	Bitte frei lassen:

In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt / untersucht?

Anschrift der Klinik	von – bis	Wegen welcher Erkrankung?

Bei welchen Ärzten oder Psychologen wird / wurde Ihr Kind mitbehandelt?

(z.B. Allgemeinmediziner, Kinderarzt, Augenarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Orthopäde, Psychologe, Psychiater, Erziehungsberatungsstelle)

Fachrichtung Name, Anschrift	Wann? von – bis	Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

Welche ernsteren Erkrankungen oder Operationen hat Ihr Kind bisher durchgemacht (wann und wo)?

Nimmt Ihr Kind Medikamente? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?	Bitte frei lassen:

Allgemeine Entwicklung

Wann schlief es nachts durch? _____ Monat

Wann war es tagsüber trocken? _____ Jahre

Wann war es nachts trocken? _____ Jahre

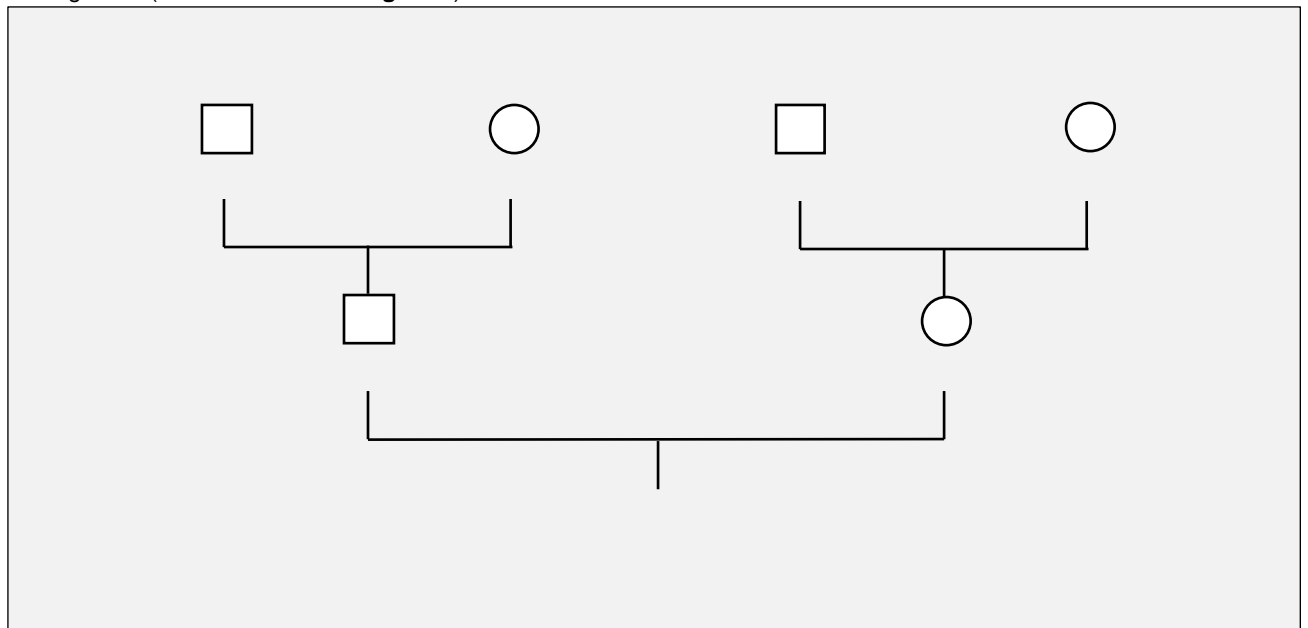
Gibt es Probleme mit dem Schlafen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein ggf. kurz beschreiben	Bitte frei lassen:
Gibt es Probleme mit dem Stuhlgang? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein ggf. kurz beschreiben	
Hat Ihr Kind öfter Schmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein ggf. kurz beschreiben	

Medizinische Familienanamnese

Sind in der Verwandtschaft Entwicklungsstörungen oder schwere Erkrankungen bekannt? (Bitte möglichst konkrete Angaben! Wer? Was?)

<input type="checkbox"/> Anfallsleiden / Epilepsie / Fieberkrämpfe	Bitte frei lassen:
<input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen	
<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung	
<input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen:	
<input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen:	
<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen:	
<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen:	
<input type="checkbox"/> Suchterkrankungen:	
<input type="checkbox"/> Sonstige schwere Erkrankungen:	

Genogramm (**wird vom ZEUS ausgefüllt**): Blutverwandtschaft der Kindeseltern Nein Ja



III. Therapien, Fördermaßnahmen und Sozialrechtliches

Welche Therapien erhält / erhielt Ihr Kind und wo? (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie/Logopädie, Psychotherapie)

Welche Therapie?	Wann? von – bis	Behandlungsgrund / Schwerpunkt der Behandlung

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?

Nein

Ja

Wenn ja: welcher Grad der Behinderung? _____

Welche Merkzeichen? _____

Bekommen Sie Pflegegeld? / Pflegegrad

Nein

Ja

Pflegegrad _____

Hat Ihr Kind bisher Eingliederungshilfe erhalten (z.B. Frühförderung, Schulbegleitung, autismusspezifische Therapie etc.)?

In welcher Form?	Bitte frei lassen:
Seit wann?	

Bei Schulkindern: erhält Ihr Kind sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf? Nein

Ja

Wenn ja, welcher Bereich? <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung <input type="checkbox"/> Körperlich-motorisch <input type="checkbox"/> Lernen <input type="checkbox"/> Sozial-emotional <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> Andere:	Bitte frei lassen:
Seit wann?	

War Ihr Kind bereits einmal zur Kur / Reha?

Nein

Ja

Wann und warum?	Bitte frei lassen:

Haben Sie bisher Hilfen über das Jugendamt in Anspruch genommen?

ja

Nein

Welche? _____

Wann? _____

Welches Jugendamt/welcher Träger? _____

IV. Hilfsmittel

Hat Ihr Kind Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Spezieller Kinderwagen <input type="checkbox"/> Spezielles Dreirad oder Fahrrad <input type="checkbox"/> Stehständer <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Mundplatte / Zahnsperre <input type="checkbox"/> Orthesen, z.B. Schienen <input type="checkbox"/> Gehhilfen <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ _____	Bitte frei lassen:

V. Familiensituation

- Lebt Ihr Kind bei beiden Eltern bei der Mutter beim Vater
 wechselnd, und zwar _____
 in einer Adoptivfamilie in einer Pflegefamilie
 in einer Einrichtung woanders, und zwar* _____

Wer hat das Sorgerecht bzw. die Vormundschaft:

Name der leiblichen Mutter:

Name: _____ Vorname: _____
geb. am: _____ Geburtsland: _____
Jetzige Staatsangehörigkeit: _____ Schulabschluss: _____
Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit: _____

Name des leiblichen Vaters:

Name: _____ Vorname: _____
geb. am: _____ Geburtsland: _____
Jetzige Staatsangehörigkeit: _____ Schulabschluss: _____
Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit: _____

Familienstand:

- Verheiratet/Lebenspartnerschaft getrennt/geschieden

Bitte frei lassen:

Geschwister / Halbgeschwister / Stiefgeschwister:

Schreiben Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf. Gibt es noch weitere Kinder, die in der Familie leben?

Name	Geburtsdatum	Kita/Schule/Ausbildung	besondere Probleme oder Krankheiten	leiblich?

Bitte frei lassen:

Wie ist die derzeitige Wohnsituation? <input type="checkbox"/> zu klein <input type="checkbox"/> ausreichend Ggf. beschreiben	Bitte frei lassen:
Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Sind sich die Eltern in der Erziehung überwiegend einig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein ggf. kurz beschreiben	Bitte frei lassen:
Sind noch weitere Personen an der Erziehung beteiligt (Großeltern, andere Verwandte)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wer und in welcher Form?	
	Bitte frei lassen:

VI. Lernen und allgemeine Anforderungen

Babys (1. Lebensjahr):

Schaut es Dinge längere Zeit an? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Nimmt es Dinge in den Mund? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Hört es zu? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ahmt es Handlungen nach? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bitte frei lassen:

Kinder älter 1. Lebensjahr

Kann sich Ihr Kind längere Zeit mit etwas beschäftigen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bitte frei lassen:
Ist Ihr Kind leicht ablenkbar, schnell unkonzentriert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich etwas zu merken? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Bei Schulkindern: hat Ihr Kind Schwierigkeiten... • beim Lesen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja • beim Schreiben <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja • beim Rechnen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Sind Sie mit den Schulleistungen Ihres Kindes zufrieden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

In welchem Alter zeigte Ihr Kind

Blickkontakt zur Mutter/zum Vater _____ Monat

Soziales Lächeln _____ Monat

Sucht Ihr Kind Körperkontakt? Nein Ja

Ist Ihr Kind unruhig, zappelig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben	Bitte frei lassen:
Wird Ihr Kind schnell wütend? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben	
Ist Ihr Kind sehr ängstlich? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben	
Ist Ihr Kind oft traurig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben	
Kann sich Ihr Kind selbst beruhigen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben	
Kann sich Ihr Kind einen oder mehrere Aufträge merken und ausführen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Gibt es Schwierigkeiten bei der täglichen Routine (aufstehen, anziehen, essen, usw.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben	

Was löst bei Ihrem Kind Stress aus und wie reagiert Ihr Kind darauf? Bitte kurz beschreiben

	Bitte frei lassen:

Was mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

	Bitte frei lassen:

VII. Kommunikation und Interaktion

Sprachliche Entwicklung

In welchem Alter zeigte Ihr Kind

Lautieren von Doppelsilben _____ Monat

Sprechen erster Worte _____ Monat

Sprechen von 2-3 Wort-Sätzen _____ Monat

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? Nein Ja

Wenn ja, mit welchen Sprachen?

In welcher Sprache sprechen Sie
überwiegend mit ihrem Kind?

Gibt es aktuell Schwierigkeiten beim Sprechen/wird Ihr Kind gut verstanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben	Bitte frei lassen:

Wie schätzen Sie Ihr Verhältnis zu Ihrem Kind ein? (Vater, Mutter, andere Bezugspersonen)

	Bitte frei lassen:

Wie ist das Geschwisterverhältnis (sofern Geschwister vorhanden sind)?

	Bitte frei lassen:

Hat Ihr Kind Freunde? Nein Ja

Wenn ja, wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern zurecht?	Bitte frei lassen:

Wie kommt Ihr Kind mit anderen Erwachsenen zurecht?

	Bitte frei lassen:

VIII. Mobilität, Selbstversorgung und häusliches Leben

Motorische Entwicklung

In welchem Alter zeigte Ihr Kind

Greifen	_____ Monat	Laufrad fahren	_____ Jahre
Drehen von Rücken- in Bauchlage	_____ Monat	Fahrrad fahren	_____ Jahre
Krabbeln	_____ Monat	Schwimmen	_____ Jahre
Freies Sitzen	_____ Monat		
Freies Gehen	_____ Monat		

Gibt es aktuell Schwierigkeiten <ul style="list-style-type: none"> • in der Bewegung/Koordination? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja • in der Feinmotorik <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wobei? 	Bitte frei lassen:

Manche der folgenden Bereiche können Kinder noch nicht, weil sie zu jung dafür sind. In diesem Fall brauchen Sie die folgenden Fragen nicht zu beantworten.

Kann sich Ihr Kind eigenständig waschen/duschen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bitte frei lassen:
Geht Ihr Kind selbstständig zur Toilette? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Kann sich Ihr Kind eigenständig anziehen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Kann Ihr Kind eigenständig essen und trinken? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Zeigt Ihr Kind ein Gefahrenbewusstsein: <ul style="list-style-type: none"> • im Straßenverkehr: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja • bei heißen Gegenständen/Feuer: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja • bei Höhen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja • bei Wasser: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja 	

Ist Ihr Kind hilfsbereit im Haushalt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> noch nicht altersrelevant Wenn ja, wobei?	Bitte frei lassen:
Hat Ihr Kind feste Aufgaben im Haushalt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> noch nicht altersrelevant Wenn ja, welche?	
Falls Sie Haustiere haben: beteiligt sich Ihr Kind bei der Pflege/Betreuung? <input type="checkbox"/> keine Haustiere <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> noch nicht altersrelevant Wenn ja, wie?	

IX. Bedeutende Lebensbereiche und Gemeinschaftsleben

Wo und vom wem wurde Ihr Kind im ersten Lebensjahr betreut?

Krippe/Kindertagesstätte (Kita)

Besucht / besuchte Ihr Kind eine Krippe Nein Ja Wenn ja, ab welchem Alter? _____

Besucht / besuchte Ihr Kind eine Kita Nein Ja Wenn ja, ab welchem Alter? _____

Ist / war Ihr Kind Integrationskind? Nein Ja Wenn ja, bis wann? _____

Wie war die Eingewöhnung normal problematisch

Gab es einen Kita-Wechsel? Nein Ja

Andere Betreuung, z.B. Tagesmutter

Wie ist / war das Spielverhalten Ihres Kindes in der Kita?	Bitte frei lassen:

Schule

Jahr der Einschulung: _____ Alter des Kindes bei Einschulung: _____

Wurde Ihr Kind zurückgestellt? Nein Ja

Welche Schule besucht oder besuchte Ihr Kind?

Grundschule Hauptschule Realschule Oberschule Integrierte Gesamtschule (IGS) Gymnasium

Förderschule für _____

Aktuelle Klassenstufe: _____ Gab es Klassenwiederholungen? Welche ja, welche Klassen? _____

Besucht Ihr Kind den Ganztagsbereich? Nein Ja Wenn ja, seit wann? _____ An wieviel Tagen? _____

Wie kommt ihr Kind in der Schule zurecht?	Bitte frei lassen:

Was sind die Lieblingsbeschäftigungen Ihres Kindes, was spielt es gern?	Bitte frei lassen:

Wie lange schaut Ihr Kind am Tag fern? _____ Stunden täglich

Wie lange nutzt es andere Medien täglich? _____ Stunden täglich
(z.B. Tablet, Handy/Smartphone, X-Box, Wii, Playstation, Switch, etc.)

Nimmt Ihr Kind an einer regelmäßigen Freizeitaktivität teil (Sportverein, Musikunterricht, Kinder-/Jugendfeuerwehr usw.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche und wie häufig?	Bitte frei lassen:
Trifft Ihr Kind sich regelmäßig mit anderen Kindern? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wie häufig und wo?	

Vielen Dank für das Ausfüllen des Anmeldebogens!

Wir bitten Sie, folgende Vorbefunde/Dokumente zum Termin mitzubringen:

- **Überweisungsschein des Kinderarztes:** ohne gültigen Überweisungsschein dürfen wir leider keine Untersuchung durchführen und müssten Sie daher wieder wegschicken!
- Vorsorgeuntersuchungsheft
- Arztbriefe
- Röntgen (z.B. Hüfte)
- Computertomogramm (z.B. Kopf)
- Kernspintomogramm (MRT)
- EEG / EKG
- Laborwerte
- Sehtest /Hörtest
- Psychologische Tests
- andere Untersuchungen:
- Kopien aller Entwicklungsberichte bzw. Schulzeugnisse ihres Kindes

Änderung des Sorgerechts

Sollte sich das Sorgerecht eines Elternteils verändern, so ist dann der sorgeberechtigte Elternteil verpflichtet, dem ZEUS diese Änderung unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Bevollmächtigung zur Einwilligung in die Behandlung im ZEUS/SPZ

Sollte bei einem Besuch des Kindes im ZEUS nur ein sorgeberechtigtes Elternteil anwesend sein, ist dieses Elternteil durch den anderen sorgeberechtigten Elternteil bevollmächtigt, die Einwilligung in die Behandlung (insbesondere Laboruntersuchungen und Blutentnahmen, ärztliche, psychologische und therapeutische Untersuchungen und Beratungen) zu erteilen. Sollte dies nicht zutreffen, ist dies den Mitarbeitern des ZEUS unverzüglich anzuzeigen.

Unterschrift der Eltern bzw. sämtlicher sorgeberechtigter Personen:

Datum:

Unterschrift der
Sorgeberechtigten:
