

Liebe Eltern,

um Ihr Kind im SPZ anzumelden, füllen Sie bitte das **Anmeldeformular** aus, welches hier beigefügt ist.

Beachten Sie bitte, dass Ihr Kinderarzt/ Ihre Kinderärztin diese Anmeldung befürworten und unterschreiben muss.

Ihr Kind ist bei uns richtig, wenn eine der folgenden Diagnosen vermutet wird oder bekannt ist.

- *Schwere körperliche Behinderung (z.B. Epilepsie, Körperbehinderung, Muskel- und Nervenerkrankungen, Spastik, schwere Seh-/ Hörstörung)*
- *Genetische oder syndromale Erkrankungen (z.B. Trisomie, Prader-Willi, Angelman, Neurofibromatose)*
- *Autismusspektrumstörung*
- *Ehemalige Frühgeborene*
- *Lernbeeinträchtigung (Lernbehinderung, geistige Behinderung)*
- *Besuch einer Förderschule wird überlegt oder findet bereits statt*

Zusätzlich untersuchen wir Klein- und Vorschulkinder mit folgenden Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen

- *Schwere sprachliche Probleme, deutliche motorische Einschränkungen, allgemeine Entwicklungsstörung, Verhaltensauffälligkeiten, Aufmerksamkeits-/Konzentrationsprobleme*

Melden Sie Ihr Kind NICHT an, wenn folgende Diagnosen gestellt wurden oder vermutet werden

- *Eine isolierte Lese- Rechtschreibstörungen oder eine Rechenstörung*
- *Psychiatrische Probleme (Ängste, Depression, Zwänge, Suchtproblematik, Essstörung, Ticstörung)*
- *Ab der 3. Grundschulklasse eine AD(H)S (Aufmerksamkeits- Konzentrationsstörung)*

Bei der Terminvergabe berücksichtigen wir, ob wir für Sie das nächstliegende SPZ sind. Wir werden Ihr Anliegen so schnell wie möglich prüfen und Ihnen eine Rückmeldung geben. Bitte haben Sie hierfür etwas Geduld.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team SPZ Aachen

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Prof. Dr. Harald R. Schmitz

Vorstandsvorsitzender
Prof. Dr. med. Thomas H. Ittel

Kaufmännischer Direktor
Dr. Eibo Kraemer

Sparkasse Aachen · BIC: AACSD33
BLZ: 390 500 00 · Kto.: 13 004 015
IBAN: DE27 3905 0000 0013 0040 15
Commerzbank AG · BIC: DRESDEFF390
BLZ: 390 800 05 · Kto.: 203 309 400
IBAN: DE79 3908 0005 0203 3094 00
USt-IdNr.: DE813100566

Klinikdirektor
Univ.-Prof. Dr. med.
Norbert Wagner

Universitätsklinikum Aachen
Anstalt öffentlichen Rechts (AÖR)
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen

www.ukaachen.de

Sektion Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie

Leiter
Univ.-Prof. Dr. med. Martin Häusler
Sekretariat
Tel.: 0241 80-85855

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
Leiterin

Dr. med. Reinhild Damen
Sekretariat
Tel.: 0241 80-89666

Neuropädiatrische Station

Station KI04 – 718
Kontakt
Tel.: 0241 80-89213

Neuropädiatrische Poliklinik
OÄ Dr. med. Ute Deutz

Hochschulambulanz für
- Allgemeine Neuropädiatrie
- Anfallsleiden
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- Entzündliche ZNS-Erkrankungen
- Multiple Sklerose
- Zerebrale Gefäßerkrankungen
- Neurodegenerative Erkrankungen
- Hydrozephaluspatienten
- Neurometabole Erkrankungen
- Hirnfehlbildungen
- Kopfschmerzen

Terminvergabe
Tel.: 0241 80-88773
ki-neurologie@ukaachen.de

Sozialpädiatrisches Zentrum

Interdisziplinäre Behandlung von
- Störungen der körperlichen, sozialen und geistigen Entwicklung
- Störungen der Sprachentwicklung
- motorischen Entwicklungsstörungen
- chronisch kranken Kindern
- Frühgeborenen
- Risikokindern
Neuroorthopädische Sprechstunde
Hilfsmittelsprechstunde
Neurogenetische Sprechstunde
Therapieevaluation
Pädiatrische Palliativmedizin

Terminvergabe
Tel.: 0241 80-89666
spzac@ukaachen.de

Terminanfrage SPZ Aachen

Liebe Eltern,
zur Anmeldung Ihres Kindes bei uns im SPZ **füllen Sie bitte folgendes Formular aus.**
Bitte sprechen Sie sich vorher mit Ihrer Kinderärztin/ Ihrem Kinderarzt ab, an welcher Stelle bzw. Institution Ihrem Kind am besten geholfen werden kann, und melden Sie sich nur im SPZ Aachen an, wenn die Vorstellung bei uns befürwortet wird. **Wenn also ein Überweisungsschein bzw. eine Anmeldung vorliegt oder Ihre Kinderärztin / Ihr Kinderarzt dieses Formular unterschreibt und stempelt.** Senden Sie uns das Formular:
Per Fax: 0241 80 82 479 oder
Per Mail: spzac@ukaachen.de oder
Per Post oder persönlich: Sozialpädiatrisches Zentrum, Schneebergweg 49, 52074 Aachen
Bitte haben Sie danach etwas Geduld. Die Bearbeitung Ihres Anliegens erfordert Zeit. Wir bemühen uns, Ihnen zeitnah eine Rückmeldung zu geben.

Persönliche Daten:

Nachname des Kindes Vorname.....
Geburtsdatum des Kindes Geburtsort
Staatsangehörigkeit ggf. Aufenthaltsstatus
Straße/ Hausnummer PLZ / Stadt
Festnetznummer
Mutter Geburtsdatum
Handynummer Mailadresse
Vater Geburtsdatum
Handynummer Mailadresse.....
Hauptversicherte/r..... Krankenkasse

Familienanamnese:

Ihr Kind ist Ihr leibliches Kind Ihr Pflegekind O adoptiert
Ihr Kind lebt O mit beiden Eltern O bei der Mutter O beim Vater
 O im Heim O in einer Wohngruppe
 O sonstiges

Welchen Kindergarten besucht(e) Ihr Kind?

Welche Schule besucht Ihr Kind? Klasse

Das Sorgerecht liegt

- bei beiden Eltern nur bei der Mutter nur beim Vater
 bei anderen (z.B. Vormund)

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? Nein Ja, Pflegegrad

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis? Nein Ja, GdB.....
Ggf. Merkzeichen

Sind Geschwister bei uns im SPZ bekannt? Nein Ja, Name

Wer hat Ihnen die Vorstellung bei uns vorgeschlagen?

.....

Vorstellungsgrund:

Jetzt würden wir gerne wissen, was Ihnen Sorgen bereitet und warum Sie Ihr Kind gerne bei uns vorstellen möchten:

.....
.....
.....
.....

Hier können Sie noch einmal ankreuzen bzw. beschreiben, wo Ihr Kind Probleme hat:

- Sprache und Sprechen, z.B.
- Motorische Schwierigkeiten, z.B.
- Verhaltensprobleme, z.B.
- Emotionale Probleme, z.B.
- Ein- und Durchschlafen, z.B.
- Fütterproblematik, z.B.
- Folgen einer Frühgeburtlichkeit, z.B.
- Probleme beim Lernen/ in der Schule, z.B.
- Probleme mit der Konzentration, z.B.
- Schwierigkeiten im sozialen Kontakt / Miteinander, z.B.

Wann sind diese Probleme erstmalig aufgetreten?

.....

.....

Wurde Ihr Kind wegen des aktuellen Problems schon einmal an anderer Stelle vorgestellt?

- im Uniklinikum Aachen/ der Kinderklinik/ Neuropädiatrie
- anderes SPZ Kinder- und Jugendpsychiatrie.....
- Schulpsychologischer Dienst Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in.....
- Beratungsstelle wohnortnahe Kinder- und Jugendpsychiater:in.....
- sonstige andere Stelle.....

Hat Ihr Kind besondere, chronische Erkrankungen und / oder Erbkrankheiten?

.....

.....

.....

Sind Sie damit einverstanden, dass wir bei Bedarf Informationen/ Berichte bei Ärzt:innen,
Therapeut:innen, Kliniken oder Einrichtungen anfordern? Ja Nein

Bekommt Ihr Kind bereits spezielle Förderung und / oder Therapien?

- Logopädie..... Physiotherapie
- Ergotherapie..... Psychotherapie.....
- Heilpädagogik.....
- Sonstige

.....
Unterschrift Mutter

.....
Datum

.....
Unterschrift Vater

.....
Unterschrift sonst. Sorgeberechtigte

Zu bestätigen durch kinder- und jugendärztliche Praxis

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
dass o.g. Kind soll, im SPZ vorgestellt werden. Wir bitten Sie hiermit zu bestätigen, dass Sie
die Vorstellung im SPZ unterstützen und ggf. den Vorstellungsgrund für uns weiter zu
konkretisieren. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

**Datum Stempel und Unterschrift
der behandelnden Kinderärztin/des behandelnden Kinderarztes**

Alternativ: Überweisungsschein liegt bereits vor
Kinderärztliche Anmeldung liegt bereits vor