Sozialpädiatrisches Zentrum Suhl

Fragebogen zur Erstvorstellng von Patienten mit Migrationshintergrund

Wir bitten um Beachtung:
Für Familien, die nicht Deutsch sprechen, ist ein Dolmetscher erforderlich. Ohne Dolmetscher ist keine Diagnostik und Behandlung im SPZ möglich.
Wir bitten darum, dass die Organisation und Kostenklärung für den Dolmetscher durch den überweisenden und zuständigen Kostenträger erfolgt.

Anmeldung erfolgt durch:

Name:	
Institution:	
Telefonnummer:	
Anschrift:	
E-Mail:	

Patient

Name und Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsland	
Kindergarten/ Schule	
überweisender Arzt	

Eltern des Patienten

	Mutter	Vater
Familienname		
Vorname		
Geburtsdatum		
E-Mail		
Telefonnummer		
Anschrift		
Sorgerecht		
Geburtsland		
Staatsangehörigkeit		
Welche Sprachen sprechen Sie?		
Seit wann sind Sie in Deutschland?		
Aufnahmestatus in Deutschland		
Krankenkasse		

BITTE WENDEN!

Was ist das Hauptproblem bei Ihrem Kind?

Mit der Behandlung meines Kinde sim SPZ Suhl bin ich einverstanden.
(gilt auch bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten)

Der das Kind im SPZ vorstellende Elternteil wird auf seine Informationspflicht gegenüber dem ggf. nicht anwesenden, ebenfalls sorgeberechtigten Elternteil hingewiesen.

_____ _____

Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter Unterschrift Sorgeberechtigter Vater

Was erwarten Sie von uns?

Sind Geschwisterkinder in unserem SPZ schon in Behandlung?

Welche Maßnahmen bzw. Therapien wurden bei Ihrem Kind bisher durchgeführt (z.B. Krankengymnastik, Frühförderung, medikamentöse Therapie,…)?

Bitte legen Sie dem Fragebogen eventuell vorhandene Befundberichte bei.
Zur Vorstellung im SPZ bringen Sie bitte Vorsorgeheft, Mutterpass, Impfausweis und medizinische Befundberichte sowie Schulzeugnisse mit. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. C. Wurst
Chefarzt
FA für Kinder- und Jugendmedizin/ Psychotherapie

VORLAGE BEI KINDERÄRZTIN/ -ARZT; HAUS – oder FACHÄRZTIN/ARZT

Mit meiner/ unserer Unterschrift bestätige ich/ wir die Richtigkeit der Angaben.

_____ _____ _____

Datum Unterschrift Ärztin/ Arzt Praxisstempel