

**Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin**

Klinikum der Ruhr-Universität Bochum

Direktor
Prof. Dr. med. Thomas Lücke

Sozialpädiatrisches Zentrum

Leitung: Prof. Dr. med. Thomas Lücke

Alexandrinestraße 5, 44791 Bochum
✉: spz@klinikum-bochum.de

Terminvergabe: Tel. (0234) 509-2830

Mo: 11.30 – 13.30 Uhr
Di – Fr: 11.00 – 12.30 Uhr

www.kinderklinik-bochum.de

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin • SPZ • Alexandrinenstr. 5 • 44791 Bochum

Liebe Eltern,

anbei erhalten Sie die Anmeldeunterlagen zur Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) der Universitäts-Kinderklinik des St. Josef-Hospitals in Bochum (RUB).

Beachten Sie, dass Sie den von Ihnen ausgefüllten Anmeldebogen dem Kinderarzt oder überweisenden Arzt vorlegen und von diesem ausfüllen und abstempeln lassen.

Vollständige Anmeldeunterlagen beinhalten:

- 1. Überweisung vom niedergelassenen Arzt zum SPZ**
- 2. vom überweisenden Arzt abgestempelter Anmeldebogen**
- 3. ausgefüllter Anamnesebogen**
- 4. Schweigepflichtentbindung mit Unterschrift der Sorgeberechtigten**
- 5. Gelbes Untersuchungsheft und Impfpass**
- 6. Kopien der medizinischen Vorbefunde, Kindergartenberichte, Zeugnisse/ Schulbeurteilungen, Förder-/ Therapieberichte und weitere wichtige Befunde**

Die beigefügten Vorbefunde, Berichte und Zeugnisse sind hilfreich, um den Verlauf einer Störung besser beurteilen zu können und doppelte Untersuchungen zu vermeiden.

Bitte bringen Sie die vollständigen Anmeldeunterlagen zum Erstkontakt ins SPZ mit. Umfangreiche Vorbefunde hätten wir gerne bereits im Vorfeld!

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr SPZ-Team

Anmeldebogen

Anzumeldendes Kind/ Jugendlicher:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

PLZ/ Wohnort: _____ Straße/ Nr.: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse/ Versicherung:

Name der Kasse: _____

Kassen Nr.: _____ Versichert über: _____

Sorgerecht: beide Eltern nur Mutter nur Vater
 Andere (z.B. Jugendamt) Ansprechpartner/Tel. _____

Hiermit willige ich/ willigen wir der Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) der Universitäts-Kinderklinik des St. Josef-Hospitals in Bochum (RUB) ein.

Datum

Unterschrift beider Erziehungsberechtigten

Bitte vom überweisenden Arzt ausfüllen lassen

Eine Diagnostik und (Mit-) Behandlung im SPZ halte ich aufgrund folgender Probleme/ Diagnosen für erforderlich:

Datum

Unterschrift

Praxisstempel