

Patientendaten mit Name, Geburtsdatum, Anschrift

Telefon Festnetz:

Handy:

Arztstempel

**Klinikum Leverkusen gGmbH**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

**Klinik für Kinder und Jugendliche****Sozialpädiatrisches Zentrum und Neuropädiatrie**

Leitung Dr. F. Maier

**Patienten-Anmeldung im SPZ Leverkusen**

durch die Kinderärztin/den Kinderarzt oder Kinder- und Jugendpsychiater/innen

**Bitte per Fax: 0214 13-2351**

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Fragestellung/besondere Hinweise:

☐ Erstvorstellung ☐ Zweitmeinung/Re-Evaluation☐ Eilt

Grund:

**Initiiert durch:**☐ Sie selbst☐ KITA/Schule☐ Eltern

Sonstige:

**Schwerpunkt:**

Entwicklung		Neuropädiatrie	Außerklinische Beatmung
<input type="checkbox"/> Motorik/Koordination	<input type="checkbox"/> Sozialverhalten	<input type="checkbox"/> Unklare Anfälle	<input type="checkbox"/> Potentialanalyse
<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Emotionale Auffälligkeit	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Beratung
<input type="checkbox"/> Konzentration	<input type="checkbox"/> Erziehung	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne	
<input type="checkbox"/> Lernschwierigkeit	<input type="checkbox"/> Sozialverhältnisse	<input type="checkbox"/> Bewegungsstörung	
<input type="checkbox"/> Schulprobleme/-fähigkeit	<input type="checkbox"/> Ehem. FG. (SSW.)	<input type="checkbox"/> V.a. Syndrom	
<input type="checkbox"/> Kognition	<input type="checkbox"/> Behinderung	<input type="checkbox"/> Neuromusk. Erkrankung	
<input type="checkbox"/> Dyskalkulie	<input type="checkbox"/> Indikation von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> Mikro- o. Makrozephalus	
<input type="checkbox"/> Lese/Rechts.-Störung		<input type="checkbox"/> Konsiliarische EEG-Untersuchung	
Sonstiges:		Sonstiges:	

Datum und Unterschrift des Anmelders

Interne Vermerke (wird vom SPZ ausgefüllt)

Eingang:

Plan:

Dx