

Arztstempel

Patientendaten mit Name, Geburtsdatum, Anschrift

Telefon Festnetz:

Handy:

### Klinikum Leverkusen gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln



### Klinik für Kinder und Jugendliche

Direktor Priv.-Doz. Dr. J. G. Eichhorn, Leitung Dr. F. Maier

## Sozialpädiatrisches Zentrum und Neuropädiatrie

### Patienten-Anmeldung im SPZ Leverkusen

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

Bitte per Fax: 0214 13-48390

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Fragestellung/besondere Hinweise:

Erstvorstellung       Zweitmeinung/Re-Evaluation

Eilt      Grund:

Intiiert durch:

Sie selbst     KITA/Schule     Eltern      Sonstige:

Schwerpunkt:

Entwicklung		Neuropädiatrie
<input type="checkbox"/> Motorik/Koordination	<input type="checkbox"/> Sozialverhalten	<input type="checkbox"/> Unklare Anfälle
<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Emotionale Auffälligkeit	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<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		
Sonstiges:		Sonstiges:

Datum und Unterschrift des Anmelders

Interne Vermerke (wird vom SPZ ausgefüllt)

Eingang:

Plan:

Dx