

# werner<sup>o</sup>tto institut

gGmbH

Bodenschwingstraße 23 \* 22337 Hamburg

Telefon: 50 77 – 02 \* Fax: 50 77 - 31 91

eMail: spz@werner-otto-institut.de

Sozialpädiatrisches Zentrum zur Früherkennung und Behandlung  
entwicklungsgestörter oder behinderter Kinder und Jugendlicher

Ärztlicher Leiter: Dr. med. Joachim Riedel

---

## Anmeldebogen

---

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht: weiblich  männlich   
Nationalität: \_\_\_\_\_  
Straße/Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ (priv.) \_\_\_\_\_ (mobil)  
Fax: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung/-kasse: \_\_\_\_\_  
Über wen ist das Kind versichert? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind oder ein Geschwisterkind bereits in unserem Institut vorgestellt?  ja  nein

Sorgeberechtigte:	Vater	Mutter	Andere
Name:	_____	_____	_____
Vorname:	_____	_____	_____
geb. am:	_____	_____	_____
Anschrift: (falls von o. g. An- schrift abweichend)	_____	_____	_____

---

Fragestellung des überweisenden Arztes für die Untersuchung:

Ist evtl. eine stationäre Aufnahme indiziert? ja  nein

Stempel des überweisenden Arztes

Handelt es sich um eine Eingangsdiagnostik zur Komplexleistung Frühförderung? ja  nein

Bitte beachten: Dies ist ein besonderes Angebot nur für Hamburger Kinder von 0 Jahren bis zur Einschulung, die noch keinen Kindergarten besuchen (siehe Beiblatt)



### Sprache:

Erste Worte im Alter von: \_\_\_\_\_

Kurze Sätze im Alter von: \_\_\_\_\_

Versteht Ihr Kind Aufträge altersentsprechend?  ja  nein

Sprachauffälligkeiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ohren:

Kann Ihr Kind gut hören?  ja  nein

Wo wurde schon einmal ein Hörtest gemacht? \_\_\_\_\_

### Augen:

Kann Ihr Kind gut sehen?  ja  nein

Von welchem Augenarzt wurde Ihr Kind untersucht? \_\_\_\_\_

Ergebnis / Befunde \_\_\_\_\_

### Selbständigkeit:

Wann konnte Ihr Kind alleine essen? \_\_\_\_\_

sich alleine ausziehen? \_\_\_\_\_

sich alleine anziehen? \_\_\_\_\_

Knöpfe bedienen? \_\_\_\_\_

eine Schleife binden? \_\_\_\_\_

Wann war es sauber? tagsüber \_\_\_\_\_ nachts \_\_\_\_\_

trocken? tagsüber \_\_\_\_\_ nachts \_\_\_\_\_

### Spielverhalten:

Was spielt Ihr Kind gerne? \_\_\_\_\_

Kann sich Ihr Kind allein beschäftigen?  ja  nein

Kann sich Ihr Kind ausdauernd beschäftigen?  ja  nein

Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen?  ja  nein

Kann es mit diesen längere Zeit ohne Streit spielen?  ja  nein

### Verhalten/Emotionen:

Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Probleme?

Kontaktschwierigkeiten

Störung des Essverhaltens

Aggressivität

ausgeprägte Schlafstörungen

starke motorische Unruhe

Übermäßige Ängstlichkeit

soziale Schwierigkeiten

Traurigkeit

starke(r) Trotz, Wut, Unwillen

\_\_\_\_\_

Konzentrationsschwäche

\_\_\_\_\_

**Angaben zu Krankheiten Ihres Kindes:**

Bisherige Erkrankungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

u. a. Krampfanfälle

Allergien

Krankenhausaufenthalte / Operationen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bei welchen Ärzten, Kliniken, Therapeuten oder Erziehungsberatungsstellen wurde/wird Ihr Kind betreut?** Ggf. fügen Sie den letzten Bericht oder die Fragestellung der Einrichtung bei.

Name und Adresse:

Zeitraum:

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

**Welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind und welche besucht es jetzt?**

A. Kindergarten, Spielgruppen oder Sonderkindergarten

seit wann

bis

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

B. Schule oder Sonderschule

seit wann

bis

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

---

Es sind **alle** Sorgeberechtigten mit einer Vorstellung des Kindes im Werner Otto Institut einverstanden.

Ich bin/wir sind damit **einverstanden**, dass das Werner Otto Institut bei Bedarf die Berichte der oben genannten angekreuzten Einrichtungen anfordern kann und nach Abschluss der Untersuchung den Arztbrief an den überweisenden Arzt oder an einen von den Eltern benannten neuen zuständigen Kinderarzt senden kann. Diese Einverständniserklärung gilt bis zum Widerruf.

Wir versichern, dass unser Kind zurzeit nicht in einem anderen Sozialpädiatrischen Zentrum oder in einer sozialpsychiatrischen Praxis / Ambulanz (Kinder- und Jugendpsychiater) behandelt wird. (Anmerkung: Die Krankenkassen schließen eine gleichzeitige Behandlung in mehreren derartigen Einrichtungen aus.)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aller Sorgeberechtigten