



Ki.D.T. gGmbH • Demminer Straße 6 • 13059 Berlin

Kinder- und Jugendambulanz/
Sozialpädiatrisches Zentrum (KJA/SPZ)
Lichtenberg-Hohenschönhausen

Leitende Ärztin
Dipl.-Med. Christine Bärwolff

Demminer Straße 6 / 13059 Berlin

Telefon: 030 96 27 79 00

Telefax: 030 96 27 79 09

kja-spz.lichtenberg-hohenschonhausen@

kidt.berlin

www.kidt.berlin

Sehr geehrte

vielen Dank für die Anmeldung Ihres Kindes

Sie wünschen für Ihr Kind eine Vorstellung in unserem SPZ.

Wir möchten Sie mit diesem Schreiben über unser Anmeldeverfahren informieren.

Zuerst besprechen Sie bitte Ihre Sorgen und Bedenken bezüglich der Entwicklung und des Verhaltens Ihres Kindes mit dem behandelnden Kinderarzt. Ihr Kinderarzt wird entscheiden, ob eine Betreuung durch uns notwendig ist.

Füllen Sie den Anmeldefragebogen möglichst genau aus und lassen Sie den Kinderarzt gegenzeichnen. **Ohne Zustimmung des Kinderarztes wird Ihre Anmeldung nicht berücksichtigt.** Den vollständig ausgefüllten Fragebogen schicken Sie bitte an uns zurück.

Von telefonischen Nachfragen zur Terminvergabe bitten wir abzusehen. Entsprechend Ihren Angaben planen wir für Sie und Ihr Kind die notwendigen Diagnostiktermine und einen Termin für das Befundgespräch. Diese erhalten Sie von uns auf dem Postweg.

Bitte beachten Sie, dass Sie für die Betreuung bei uns einen **Überweisungsschein für das aktuelle Quartal** von Ihrem Kinderarzt brauchen.

Mit freundlichen Grüßen



Ki.D.T. gGmbH / Gesellschafter: Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V.

Geschäftsführer: Klaus Sprenger / Prokurist: Sigrid Parschauer

Vereinsregisternummer: AG Berlin-Charlottenburg HRB 167619 B Steuernummer: 27/603/56981

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE 02HST00000026026

Bank für Sozialwirtschaft (BFS): IBAN DE35 1002 0500 0001 4166 00 / BIC BFSWDE33BER (Geschäftskonto)

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefonnummern:

privat: _____ Arbeit: _____ Handy: _____

wohnt bei: Eltern Mutter Vater Pflegeeltern Adoptivfam. Heim
Sorgeberechtigte: Eltern Mutter Vater andere

behandelnder Kinderarzt: _____

Krankenkasse: _____

In welche Kita geht Ihr Kind? _____

Hat es einen Integrationsstatus? ja, seit wann? _____ nein

Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?**1. Entwicklungssorgen**Motorik (z.B. körperliche Beweglichkeit, Handgeschicklichkeit) ja nein

wenn ja, welche: _____

Sprache (z.B. Aussprache, Wortschatz, Satzbau) ja nein

wenn ja, welche: _____

geistige Entwicklung (z.B. Aufgabenverständnis, Spielen) ja nein

wenn ja, welche: _____

2. Verhaltensprobleme

(z.B. Wutausbrüche, Unruhe, Konzentrationsmangel, Ängstlichkeit,

Kontaktschwierigkeiten) ja nein

wenn ja, welche: _____

3. Schulprobleme / Leistungsprobleme(z.B. Überforderung, Leistungsabfall, Schulunlust) ja nein

wenn ja, welche: _____

4. körperliche Beschwerden

(z.B. Kopfschmerzen, Ess- oder Schlafprobleme, Einnässen) ja nein

wenn ja, welche: _____

5. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, was bislang nicht erwähnt wurde?

6. Bitte beantworten Sie zum Schluss noch folgende Fragen:

Seit wann tritt die geschilderte Problematik auf?

Wo wird die Problematik am deutlichsten sichtbar?

zu Hause in der Kita in der Schule

Befand sich Ihr Kind deswegen schon einmal in Betreuung?

(z.B. Ergotherapie, Logopädie, Schulpsychologischer Dienst u.a.) ja nein

Wenn ja, welche Therapie/Beratung usw. und wo/bei wem?

Was erwarten Sie von uns?

Stellungnahme des Kinderarztes:
