



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

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

Leitende Ärztin  
Dipl.-Med. Christine Bärwolff



Sehr geehrte Familie

Sie haben Ihr Kind bei uns angemeldet.

**Füllen** Sie den Anamnese-Fragebogen **aus**.

**Besprechen** Sie den Fragebogen **mit** Ihrem Kinderarzt.

Lassen Sie den Kinderarzt den Fragebogen **unterschreiben**.

Sollen wir Sie an Termine erinnern?

Dann füllen Sie bitte das Blatt elektronische Termin-Erinnerung aus.

Ki.D.T. gGmbH - Kinder.Diagnostik.Therapie  
Demminer Straße 6 / 13059 Berlin  
Telefon: 030 / 96 27 79 00  
Telefax: 030 / 96 27 79 09

E-Mail: [kja-spz.lichtenberg-hohenschoenhausen@kidt.berlin](mailto:kja-spz.lichtenberg-hohenschoenhausen@kidt.berlin)

Die Ki.D.T. gGmbH ist eine Tochtergesellschaft des Sozialverbands VdK Berlin-Brandenburg e. V.

Geschäftsführerin:  
Silvana Radicione  
Internet: [www.kidt.berlin](http://www.kidt.berlin)

Bank für Sozialwirtschaft (BFS): BIC BFSWDE33BER  
Geschäftskonto: IBAN DE35 1002 0500 0001 4166 00  
Handelsregisternummer: AG Berlin-Charlottenburg HRB 167619 B  
Steuernummer: 27/029/33189



**Senden** Sie alles mit der Post **zu uns**:

- Anamnese-Fragebogen
- elektronische Termin-Erinnerung
- Briefe von anderen Ärzten

Unsere Adresse:

SPZ Hohenschönhausen

Demminer Straße 6

13059 Berlin

Ist **alles** im SPZ-Hohenschönhausen angekommen?

Dann bekommen Sie eine SMS.

Die Termine bekommen Sie später von uns mit der Post.

Mit freundlichen Grüßen

C. Issel

Sekretärin

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Sorgerecht: Eltern  Mutter  Vater  sonstige: \_\_\_\_\_

behandelnder Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert? \_\_\_\_\_

In welche Kita/Schule geht Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Hat es einen Integrationsstatus?  ja, seit wann? \_\_\_\_\_  nein

---

**Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?****1. Entwicklungssorgen**Grobmotorik

nein  ja, beim  laufen  springen  Ball spielen  
 balancieren  klettern  sonstiges: \_\_\_\_\_

Feinmotorik

nein  ja, beim  malen  schneiden  Besteck halten  
 anziehen  basteln  sonstiges \_\_\_\_\_

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

nein  ja, bei  Aussprache  Wortschatz  Satzbau  
 verstehen  hören  Nachsprechen

---

**2. Leistungsprobleme/ Schulprobleme/Auffassungsgabe**

nein  ja  Überforderung  Leistungsabfall  Schulunlust  
 sonstiges \_\_\_\_\_

---

**3. Verhaltensprobleme**

nein  ja  Wutausbrüche  Unruhe  Konzentrationsmangel  
 Ängstlichkeit  fehlende Ausdauer  
 Widerstand bei Situationswechsel  Tics  
 Fixierung auf bestimmte Abläufe, Spiele oder Bewegungen  
 sonstiges/nähere Beschreibung \_\_\_\_\_

**4. Kontaktschwierigkeiten**

- nein       ja
- Blickkontakt       Reaktion auf Namen
- Körperkontakt       Reaktion auf weinen, lächeln, schreien
- Kontakt mit Gleichaltrigen       Mimik und Gestik
- Kontakt mit Erwachsenen       sonstiges \_\_\_\_\_

---

**5. körperliche Beschwerden**

- nein       ja
- Kopfschmerzen       Ess- und Schlafprobleme
- Einnässen       Einkoten

---

**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

---

---

Gibt es bereits eine Diagnose durch einen Arzt oder wurde ein Verdacht von Seiten der Kita geäußert?

- nein       ja       ADHS       Autismus       Mutismus

---

---

Befand sich Ihr Kind deswegen schon einmal in Betreuung?

- nein       ja,
- Ergotherapie       Logopädie       Beratungsstelle
- psychologische Betreuung

---

---

**Stellungnahme des Kinderarztes:**

---

---

---

---

---

---

Ki.D.T. gGmbH – Kinder.Diagnostik.Therapie  
KJA/SPZ Lichtenberg (Hohenschönhausen)  
Demminer Straße 6  
13059 Berlin  
Tel.: (030) 96277900 Fax: (030) 96277909

## elektronische Terminerinnerung

Name des Kindes

---

Geburtsdatum

---

Name  
Personensorgeberechtigter

---

Mobilfunknummer

---

Ich möchte an Termine, die ich mit der KJA/SPZ Lichtenberg (Hohenschönhausen) vereinbart habe, erinnert werden und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen.

Ich möchte gerne per **SMS** an folgende Termine erinnert werden:

- Erst- und Wiedervorstellungstermine
- Gesprächstermine

Meine für die elektronische Terminerinnerung notwendigen Daten (Telefonnummer) dürfen hierfür genutzt werden. Mir ist bekannt, dass, wenn Unbefugte sich Zutritt zu meinen SMS verschaffen, auch diese Nachrichten eingesehen werden können.

Sollte ich die Erinnerung nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass es sich hierbei um einen Service der KJA/SPZ Lichtenberg (Hohenschönhausen) handelt und sich keinerlei Rechtsansprüche hieraus ergeben. Dies gilt auch, falls ich keine oder eine fehlerhafte Terminerinnerung erhalten sollte.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personenberechtigte\*r