



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

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

Leitende Ärztin
Dipl.-Med. Christine Bärwolff



Berlin,

Liebe Familie....,

Sie wünschen für Ihr Kind eine Vorstellung in unserem SPZ.

Sie erhalten, wie telefonisch besprochen, hiermit unseren Anmeldefragebogen im Anhang.
Sie finden den Anmeldebogen auch auf unserer Internetseite:

<https://www.kinderdiagnosetherapie-berlin.de/> unter Standorte und Kontakt.

Bitte den Anmeldefragebogen vom Kinderarzt unterschreiben lassen oder die
Überweisung für das SPZ beifügen. Ohne Zustimmung Ihres Kinderarztes können wir Ihre
Anmeldung nicht berücksichtigen.

Wir schauen regelmäßig die eingegangenen Neuanmeldungen durch und planen das
weitere Vorgehen.

Sie erhalten von uns per Mail eine Nachricht dazu. Aufgrund der hohen Nachfrage müssen
Sie leider mit Wartezeit rechnen.

Mit freundlichen Grüßen

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

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

Geschäftsführung:

Stephan Klauert

Internet: www.kidt.berlin

Sozialbank. BIC BFSWDE33HAN

Geschäftskonto: IBAN DE39 3702 0500 0001 4166 00

Handelsregisternummer: AG Berlin-Charlottenburg HRB 167619 B

Steuernummer: 27/029/33189



Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummern: _____

E-Mailadresse: _____

Sorgerecht: Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ sonstige: _____Lebt bei?: Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ sonstige: _____

Muttersprache der Familie: _____

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 ☐ heilp. Fachdienst (HPFD)

Stellungnahme des Kinderarztes:

**Patienteninformation und Einverständniserklärung
elektronische Terminerinnerung
KJA/SPZ Lichtenberg-Hohenschönhausen**

Name des Kindes
Geburtsdatum
Name Personensorgeberechtigte*r
E-Mail-Adresse

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

Per E-Mail werden folgende Termine oder Ereignisse mitgeteilt:

- Erst- und Wiedervorstellungstermine
- Diagnostiktermine
- Gesprächs- und Beratungstermine
- Absage vom Terminen (beinhaltet auch regelmäßige Termine, wie Therapien)

Meine für die elektronische Terminerinnerung notwendigen Daten (E-Mail-Adresse) dürfen hierfür genutzt werden. Mir ist bekannt, dass, wenn Unbefugte sich Zutritt zu meinen E-Mail-Postfach verschaffen oder Zugriff auf mein Mobiltelefon haben, 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 DGSVO). 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 DGSVO).

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. Bitte beachten Sie, dass die E-Mail-Benachrichtigung vom Absender noreply@spz-berlin.de versendet wird, bitte stellen sie ggf. Ihr E-Mail-Konto so ein, dass Nachrichten von diesem Absender nicht im SPAM-Ordner landen (durch zufügen zum Adressbuch bzw. zur 'Whitelist').

Unterschrift

Ort, Datum *Berlin,*