

Das CJD bietet jährlich 155.000 jungen und erwachsenen Menschen Orientierung und Zukunftschancen. Sie werden von 9.500 hauptamtlichen und vielen ehrenamtlichen Mitarbeitenden an über 150 Standorten gefördert, begleitet und ausgebildet. Grundlage ist das christliche Menschenbild mit der Vision „Keiner darf verloren gehen!“.



CJD Hochfranken



Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte!

Im Rahmen der Anmeldung Ihres Kindes am SPZ Hochfranken bitten wir Sie, im Folgenden einige Fragen zu ihrem Kind zu beantworten.

Wenn Ihr Fragebogen bei uns eingegangen ist, können wir eine Untersuchung Ihres Kindes planen. Diese läuft in der Regel wie folgt ab:

- Ärztliche und psychologische Eingangsuntersuchung
- weitere Untersuchungen zur Diagnostik (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie)
- Ärztlicher Abschlusstermin

Allgemeine Informationen:

Bringen Sie bitte folgende Unterlagen zum ersten Termin mit:

- Überweisungsschein Ihres Kinderarztes „Überweisung an SPZ“ mit Verdachtsdiagnose des Arztes
- Krankenkassenkarte
- Vorsorgeheft (gelbes U-Heft)
- Impfpass
- Berichte bisheriger Untersuchungen/Behandlungen (Gutachten, Laborbefunde...)
- Schulzeugnisse

Träger: Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands
gemeinnütziger e.V. (CJD) · Vereinsregister Berlin Nr.30118B

Vorstand: Pfarrer Matthias Dargel ·
Hans Wolf Freiherr von Schleinitz
73061 Ebersbach · Teckstraße 23
cjd@cjd.de · www.cjd.de

CJD Hochfranken – Sozialpädiatrisches Zentrum
95028 Hof · Sedanstraße 17
BSNR 657461000 · IK 500900485
fon 09281 9720-201 · fax 09281 9720-200
www.cjd-hochfranken.de · spz-hochfranken@cjd.de
CJD Nürnberg – Commerzbank AG Stuttgart
BLZ 610 800 06 · Nr. 203 150 400
IBAN: DE23 6108 0006 0203 1504 00
BIC: DRESDEFF610

Allgemeine Angaben:

Angaben zum Kind		
Nachname: _____	Vorname(n): _____	
Geschlecht: <input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	Geburtsdatum: _____	
Wohnhaft bei: <input type="radio"/> Eltern <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Sonstiges: _____		
PLZ/Wohnort: _____	Straße/Nr.: _____	
Tel.Nr.: _____	Handy/Nr.: _____	
E-Mail: _____		
Schule/Kindergarten		
Name: _____	Klasse: _____	
Ansprechpartner: _____	Tel.Nr.: _____	
PLZ/Ort: _____	Straße/Nr.: _____	
Mutter, geb.am: _____		
Nachname: _____	Vorname(n): _____	
<i>→ Falls abweichend:</i>		
PLZ/Wohnort: _____	Straße/Nr.: _____	
Vater, geb.am: _____		
Nachname: _____	Vorname(n): _____	
<i>→ Falls abweichend:</i>		
PLZ/Wohnort: _____	Straße/Nr.: _____	
Überweisender Kinderarzt		
Nachname: _____	Vorname: _____	
PLZ/Wohnort: _____	Straße/Nr.: _____	
Tel.Nr.: _____		
Weitere Ärzte/Therapeuten		
Nachname: _____	Vorname: _____	Fachrichtung: _____
PLZ/Wohnort: _____	Straße/Nr.: _____	Tel.Nr.: _____
Nachname: _____	Vorname: _____	Fachrichtung: _____
PLZ/Wohnort: _____	Straße/Nr.: _____	Tel.Nr.: _____
Nachname: _____	Vorname: _____	Fachrichtung: _____
PLZ/Wohnort: _____	Straße/Nr.: _____	Tel.Nr.: _____

1. Wie (durch wen) wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam?

<hr/> <hr/> <hr/>

2. Warum wollen Sie Ihr Kind im SPZ anmelden?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

3. Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

4. Welche Schwierigkeiten hat Ihr Kind?

a. Beeinträchtigungen bitte beschreiben
(Verhaltensprobleme, emotionale Auffälligkeiten, Schulleistungsprobleme...):

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

b. Entwicklungsauffälligkeiten bitte beschreiben
(Feinmotorik, Grobmotorik, Sprache, Wahrnehmung):

<hr/> <hr/> <hr/>

c. Familiäre Belastungen bitte beschreiben:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

**5. Welche bisherigen Hilfen hat Ihr Kind erhalten?
(Ergotherapie, Logopädie, Familienhilfe...)**

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

6. Schwangerschaft und Geburt:

Schwangerschaftswoche: _____ Mehrlingsgeburt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt (wenn ja welche): <hr/>

7. Angaben zur Versicherung

Krankenkasse: _____ Versich.Nr: _____

Ort: _____ Straße: _____

KLÄRUNG DER SORGEBERECHTIGUNG:Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes:

Anschrift: _____

Name, Vorname, Geburtsdatum des/der Sorgeberechtigten:

_____Anschrift → Falls abweichend:

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im SPZ Hochfranken zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Betreuung besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaigen weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

*Datum und Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten*Sollen wir Ihnen die Termine per E-Mail oder per Post zuschicken? E-Mail PostIn welchem Zeitraum haben Sie **keine** Möglichkeit Termine wahrzunehmen (Urlaub, Schule, Arbeit der Eltern, usw)?

Ich bin/wir sind an weiteren Informationen über das SPZ und den Träger Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands gemeinnütziger e.V. an die auf Seite 2 genannte E-Mail-Adresse interessiert:

Datum und Unterschrift/-en