



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Departement Kinder- und Jugendmedizin

Kantonsspital Winterthur, Brauerstrasse 15, Postfach, 8401 Winterthur, www.ksw.ch
Direktorin: Prof. Dr. med. Traudel Saurenmann

Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ

Chefarzt: Dr. med. Kurt Albermann

Sekretariate:

Entwicklungspädiatrie: Tel. 052 266 29 17, Fax 052 266 35 58, ep.spz@ksw.ch

KJPP ambulant: Tel. 052 266 29 17, Fax 052 266 35 58, kjpp.spz@ksw.ch

Logopädie: Tel. 052 266 37 01, Fax 052 266 45 21, sonderpaed.spz@ksw.ch

Kinderneurologie: Tel. 052 266 37 13, Fax 052 266 35 09, kinderneuro.spz@ksw.ch

ANMELDUNG Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ

Patientin / Patient

Vorname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Name:	Geburtsdatum:
Strasse, Nr.:	Telefon privat:
PLZ, Ort:	Telefon geschäftlich:
Krankenkasse:	Telefon mobil:
	E-Mail:

Gewünschte Untersuchung

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EEG (nur EEG-Befund mit möglichen Empfehlungen) | <input type="checkbox"/> Entwicklungspädiatrische Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> EEG und Besprechung mit Kind und Eltern | <input type="checkbox"/> neurologische Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Diagnostik | <input type="checkbox"/> Psychiatrisch-psychosomatische Diagnostik |
| <input type="checkbox"/> Anderes: | |

Fragestellung: (Bitte möglichst ausführliche Problemschilderung, falls nötig bitte Zusatzblatt benutzen)

Eltern:

Ärztinnen und Ärzte / Fachpersonen:

Vorbefunde / involvierte Fachstellen und Fachpersonen:

Bei schulischen Fragestellungen: Bitte Zuweisung erst nach Einbezug des schulpsychologischen Dienstes!
zuständige Schulpsychologin:

Teilnehmerin / Teilnehmer am Schlussgespräch:

Vorname:	Telefon privat:
Name:	Telefon geschäftlich:
Strasse, Nr.:	Sprache:
PLZ, Ort:	Dolmetscher notwendig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum: zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt:

**Bitte senden Sie dieses Formular per E-Mail oder Fax an die oben erwähnten Sekretariate.
Vielen Dank.**