

Anmeldung Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ

Patientin / Patient

Vorname: Geschlecht: weiblich männlich
Name: Herkunftsland:
Geburtsdatum: Sprache:
Strasse, Nr.: Dolmetscher nötig: ja nein
PLZ, Ort: Telefon privat:
Krankenkasse: Telefon mobil:

Gewünschte Untersuchung

- EEG (nur EEG-Befund mit möglichen Empfehlungen)
 EEG und Besprechung mit Kind und Eltern
 Neuropsychologische Diagnostik
 Anderes: Entwicklungspädiatrische Untersuchung
 neurologische Untersuchung
 Psychiatrisch-psychosomatische Diagnostik

Probleme / Auffälligkeiten:

 (Bitte möglichst ausführliche Problemschilderung, falls nötig bitte Zusatzblatt verwenden)

Auffälligkeiten im Schulalltag

Auffälligkeiten im Familienalltag

Fragestellung:

Fragestellung der Eltern

Fragestellung der Ärztinnen und Ärzte / Fachpersonen:

Vorbefunde / involvierte Fachstellen und Fachpersonen:

Bei schulischen Fragestellungen:

Bitte Zuweisung erst nach Einbezug des schulpsychologischen Dienstes!

zuständige Schulpsychologin:

Ort, Datum

zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt