

Anmeldung Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ

Patientin / Patient

Vorname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Name:	Herkunftsland:
Geburtsdatum:	Sprache:
Strasse, Nr.:	Dolmetscher nötig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PLZ, Ort:	Telefon privat:
Krankenkasse:	Telefon mobil:

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: | |

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

.....

Bitte senden Sie dieses Formular per E-Mail an: spz.anmeldung@ksw.ch
Vielen Dank.