

# ANMELDUNG IM SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTRUM

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

um Ihr Kind im kbo-Kinderzentrum München anzumelden, beachten Sie bitte die nachfolgenden Schritte:

**Schritt 1:** Bitte füllen Sie nachfolgenden **Anmeldebogen** an Ihrem **PC** aus. Anschließend bitte **ausdrucken** und **unterschreiben**.

**Schritt 2:** Bitte legen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen Ihrer **Kinderarztpraxis** vor, damit diese ihr Zustimmung zur Behandlung im kbo-Kinderzentrum gibt.

**Schritt 3:** Bitte schicken Sie den von der **Kinderarztpraxis** **abgestempelten** und ggf. ergänzten Anmeldebogen per Post an folgende Adresse:

kbo-Kinderzentrum München  
Patientenverwaltung  
Heiglhofstr. 65  
81377 München

**Schritt 4:** *Ab jetzt sind wir am Zug. Geben Sie uns ein paar Tage Zeit, dann werden wir uns mit Ihnen bzgl. der Terminvereinbarung in Verbindung setzen.*

## WICHTIGE INFORMATION

Bitte bringen Sie **zum Termin im kbo-Kinderzentrum** einen **Überweisungsschein** Ihres Kinderarztes und die **elektronische Gesundheitskarte** Ihres Kindes mit.

Nur wenn Sie uns **beides** vorlegen ist eine Behandlung möglich.

kbo-Kinderzentrum München  
gemeinnützige GmbH

Sozialpädiatrisches Zentrum u. Neuropädiatrie  
Dr. med. Michael-Andor Marton

- Frühe Entwicklung und Kommunikation  
Dr. med. Margret Ziegler
- Hören · Sprache · Cochleaimplantate  
Dr. med. Andreas Nickisch
- Sensomotorik  
Martin Jakobeit  
Dr. med. Daniela v. Pfeil  
Angela Bauer
- Epilepsieambulanz  
Dr. med. Ina Breitweg
- Medizinische Genetik  
Dr. (Univ. Verona) Monika Cohen
- SPZ am Standort Schwabing  
Dr. med. Armin Gehrmann

Fachklinik für Sozialpädiatrie und  
Entwicklungsrehabilitation  
komm. Dr. med. Michael-Andor Marton

Psychologie  
Dipl.-Psych. Dr. Friedrich Voigt

Geschäftsführer  
Alexander Lechner

Ärztlicher Direktor  
Univ.-Prof. Dr. med. Volker Mall  
Lehrstuhlinhaber für Sozialpädiatrie  
an der TU München

Web | [kbo-kinderzentrum.de](http://kbo-kinderzentrum.de)



# Anmeldebogen

Familienname des Kindes:	_____	Vorname:	_____			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geboren am:	_____	in:	_____		
Wohnhaft bei:	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> im Heim
PLZ / Wohnort:	_____	Straße:	_____			
Telefonnr. tagsüber:	_____	Weitere	_____			
Versichertenr. des Kindes:	_____	Telefonnr.:	_____			
<b>Hauptversicherer:</b>	_____	Geb. am:	_____			
Name (Vater)	_____	Geb. am:	_____	Beruf:	_____	
Name (Mutter)	_____	Geb. am:	_____	Beruf:	_____	
<b>Name und Anschrift der Krankenversicherung:</b>	_____ <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich					

-----

**Überweisender Kinderarzt**

**Hier Stempel der Kinderarztpraxis**

Raum für ergänzende Angaben des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

-----

**Warum möchten Sie Ihr Kind im kbo-Kinderzentrum München zur Untersuchung anmelden?**

\_\_\_\_\_

**Welche Hilfe für Ihr Kind erwarten Sie von uns?**

\_\_\_\_\_

**Wünschen Sie ein Erstgespräch bei uns ohne Kind?**  ja  nein

**War das Kind oder ein Geschwisterkind schon bei uns in Behandlung?**  ja  nein

Falls ja, Name und Geburtsdatum des Geschwisterkindes: \_\_\_\_\_

**Befinden Sie sich mit Ihrem Kind in Betreuung anderer SPZ/ Einrichtungen/Ärzte?**

**Wenn ja** – welche Einrichtungen u. wie lauten die Diagnosen? (Vorbefunde bitte in Kopie beilegen)

\_\_\_\_\_

Anmeldebogen SPZ.pdf/Stand: 18.09.2015 / Version 04



**War Ihr Kind in den letzten**

**12 Monaten in stationärer**

**Behandlung?**

nein    wenn ja, wo?  Kinderklinik Schwabing

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Fragen zum kulturellen Hintergrund**

Geburtsland der Mutter (falls nicht Deutschland): \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsland des Vaters (falls nicht Deutschland): \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit Vater: \_\_\_\_\_

Kind in Deutschland geboren:    ja     nein     Einreisejahr: \_\_\_\_\_

Muttersprache des Kindes deutsch:    ja     nein

Deutschkenntnisse des Kindes \_\_\_\_\_    Deutschkenntnisse der Eltern \_\_\_\_\_

Benötigen Sie bei der Dolmetscherorganisation Hilfe? Wenn ja, in welcher Sprache? \_\_\_\_\_

(Kosten für Dolmetscher können wir leider nicht übernehmen; für Rückfragen steht Ihnen unser Terminsekretariat unter der Telefonnummer 089-71009-182 gerne zur Verfügung).

Wer hat das **Sorgerecht**?

Eltern

nur Mutter

nur Vater

Sonst.:  \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geb.datum 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 kbo-Kinderzentrum München zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft 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 einer etwaig weiteren sorgerechtigten Person rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen und dass diese mit der Anmeldung im kbo-Kinderzentrum München einverstanden ist.

Änderungen die Sorgerechtsberechtigung betreffend teile/n ich/wir dem kbo-Kinderzentrum München umgehend mit.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden, um Informationen über das kbo-Kinderzentrum München zu erhalten. Ich kann meine/wir können unser Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Einverstanden: Ja    Nein

**X**

**Datum & eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten**

HINWEIS:    Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im kbo-Kinderzentrum München aus rechtlichen Gründen nicht möglich!

Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und tragen Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts ein: \_\_\_\_\_

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

telefonisch unter 089-71009-0 oder per e-mail unter [patientenverwaltung@kbo.de](mailto:patientenverwaltung@kbo.de)

Wir danken Ihnen für die Anmeldung Ihres Kindes im kbo-Kinderzentrum München.

