



Aktion Sonnenschein gGmbH  
Sozialpädiatrisches Zentrum  
**- Arztbogen -**

Wir bitten um möglichst umfangreiche Informationen. Diese helfen uns dabei, den Ersttermin optimal auf die Bedürfnisse des Kindes und der Familie abzustimmen.

**Die Überweisung an das Sozialpädiatrische Zentrum erfolgt für:**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

**Fragestellungen** (bitte Zutreffendes ankreuzen):

|                                                    |                                                     |                                                 |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung         | <input type="checkbox"/> Konzentration              | <input type="checkbox"/> Orthesen               |
| <input type="checkbox"/> Motorische Entwicklung    | <input type="checkbox"/> Autismus                   | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel            |
| <input type="checkbox"/> Globale Entwicklung       | <input type="checkbox"/> Emotionale Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> FASD                   |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsstörung          | <input type="checkbox"/> Sozialverhalten            | <input type="checkbox"/> Schluck-, Kaustörungen |
| <input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Erkrankung | <input type="checkbox"/> Regulationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Geschlechtsdysphorie   |
| <input type="checkbox"/> Syndromale Erkrankung     | <input type="checkbox"/> Schulabstinenz             | <input type="checkbox"/> Sonstiges:             |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen             | <input type="checkbox"/> Lernschwierigkeiten        | <input type="text"/>                            |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                 | <input type="checkbox"/> Mediensucht                | <input type="text"/>                            |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen           | <input type="checkbox"/> Essstörungen               | <input type="text"/>                            |

Haben Sie, als behandelnder Kinderärzt\*in **konkrete Fragestellungen** an das SPZ?

**Vorbefunde:**

☐ nein

☐ ja, bitte Vorbefunde mitgeben

**Liegt eine Sprachbarriere vor?**

☐ nein

☐ ja, Muttersprache:

**Erhöhte Dringlichkeit?** ☐ nein ☐ ja, bitte nur in dringenden Notfällen ankreuzen und nachvollziehbar begründen:

**Anmerkungen, Ergänzungen:**

.....  
Datum

Praxisstempel

.....  
Unterschrift Arzt/Ärztin