

Sekretariate:

Entwicklungspädiatrie: Tel. 052 266 43 22, 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, kinderneurologie.spz@ksw.ch

Anmeldung / Anordnung Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ

Patientin / Patient

Vorname: Geschlecht: weiblich 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: ja nein

Ort, Datum: zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt:

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