



Schwerpunkt Phoniatrie und Pädaudiologie/CIK
Uniklinik Köln
SPZ Pädaudiologie
Gebäude 23
Kerpener Str. 62
50937 Köln

Datum: _____

Rücksende-Anschreiben

Wichtig! Bitte lesen Sie den folgenden Text aufmerksam durch:

Die Behandlung kann bei gesetzlich versicherten Kindern nur mit einem **Aktuellen Überweisungsschein mit dem Vermerk „SPZ Uniklinik Köln“** von der Kinder- und Jugendärztin oder dem Kinder- und Jugendarzt erfolgen.
Klären Sie das bitte vorher ab.

Bitte schicken Sie Folgendes an uns:

- › **Komplett** ausgefüllten Fragebogen
- › Alle verfügbaren Arztberichte und Therapieberichte

Terminvergabe

- › Erfolgt nach Eingang des Fragebogens schriftlich an Sie.
- › **Das kann mehrere Wochen dauern.**
- › Bitte bestätigen Sie uns den Termin unter paedaudiologie@uk-koeln.de oder **0221 478-89125**.
- › Rechtzeitige Terminabsage, falls Sie den Termin nicht wahrnehmen.

Zum Untersuchungstermin:

- › Planen Sie für den Tag ausreichend Zeit ein!
- › Bringen Sie bitte ausreichend zu **Essen, Trinken und zum Spielen** mit.
- › Wir benötigen von der Kinderärztin/dem Kinderarzt einen **Aktuellen Überweisungsschein mit dem Vermerk „SPZ Uniklinik Köln“**.
- › Bringen Sie bitte das **gelbe Vorsorgeheft** und **alle vorliegenden Befunde** mit.



Grund des Besuchs

Wichtig! Eine Terminvergabe erfolgt nur, wenn Sie hier eine Antwort eintragen:

Bitte beschreiben Sie kurz, warum Sie Ihr Kind bei uns vorstellen wollen. Welche Probleme hat Ihr Kind?

Persönliche Daten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Alter:

Straße / Hausnummer:

PLZ:

Stadt:

E-Mail:

Mobiltelefon:

Muttersprache(n):

Krankenkasse:

Privat versichert: ☐ ja ☐ nein

Kind ist versichert über (Name):

HNO-Ärztin/Arzt

Kinderärztin/Kinderarzt

Waren Sie schon im SPZ der Pädaudiologie? ja; Monat und Jahr: _____ nein

Sorgerechtsberechtigte/-r 1

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Arbeitgeber:

Sorgerechtsberechtigte/-r 2

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Arbeitgeber:



Medizinische Vorgeschichte

Geburt in der Schwangerschaftswoche: _____

Komplikationen bei der Geburt / Schwangerschaft? nein

ja _____

Vorerkrankungen / bekannte Diagnosen: _____

Bisherige Operationen: _____

Pflegegrad: _____ Grad der Behinderung: _____

Hörentwicklung (vgl. U-Heft)

Neugeborenen Hörscreening durchgeführt: Datum: _____ Klinik / Einrichtung: _____

TEOAE rechts: unauffällig kontrollbedürftig **AABR rechts:** unauffällig kontrollbedürftig

TEOAE links: unauffällig kontrollbedürftig **AABR links:** unauffällig kontrollbedürftig

Neugeborenen Hörscreening nicht durchgeführt, weil _____

Hörprobleme: nein ja; Wo festgestellt? _____

Hörgeräte: rechts links beidseits seit: _____

CI: rechts links beidseits seit: _____

Sprachentwicklung

Mein Kind spricht wie Gleichaltrige: ja nein

Logopädie: ja, seit _____ nein in der Vergangenheit

Diagnostik/Förderung

Anbindung SPZ Kinderklinik: ja, in _____ nein

Anbindung Frühförderzentrum: ja, in _____ nein

Anbindung kinder- und jugendpsychiatrische Praxis (KJP): ja, in _____ nein

Kind bekommt

Logopädie

Ergotherapie

Heilpädagogik

Physiotherapie

sonstiges: _____

LRS-Diagnostik durchgeführt: ja, am _____ Ort: _____ nein

Intelligenz-Diagnostik durchgeführt: ja, am _____ Ort: _____ nein

Bemerkungen (z.B. bitte keine Terminvergabe zu folgenden Zeiten / Tagen und ähnliches)
