



Sozialpädiatrisches Zentrum | Phoniatrie und Pädaudiologie/CIK

Leitung: Priv.-Doz. Dr. med. Ruth Lang-Roth | Kerpener Str. 62 | 50937 Köln | Gebäude 23
Telefon: 0221 478-89125, Telefax: 0221 478-97452 | E-Mail: paedaudiologie@uk-koeln.de

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.



Sozialpädiatrisches Zentrum | Phoniatrie und Pädaudiologie/CIK

Leitung: Priv.-Doz. Dr. med. Ruth Lang-Roth | Kerpener Str. 62 | 50937 Köln | Gebäude 23
Telefon: 0221 478-89125, Telefax: 0221 478-97452 | E-Mail: paedaudiologie@uk-koeln.de

Patientin/Patient	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Alter:
Straße / Hausnummer:	
PLZ:	Stadt:
E-Mail:	Mobiltelefon:
HNO-Ärztin/Arzt (Name, Adresse, Telefon)	Kinderärztin/Kinderarzt (Name, Adresse, Telefon)
Krankenkasse:	Privat versichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kind ist versichert über (Name):	
Anzahl Geschwister:	Alter:
Muttersprache:	Falls mehrere, welche?
<p>Wichtig! Eine Terminvergabe erfolgt nur bei Beantwortung folgender Fragen:</p> <p>Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen? Welche Probleme hat Ihr Kind?</p> <p><input type="checkbox"/> Hörprüfung <input type="checkbox"/> AVWS</p> <p><input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsdiagnostik</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	

Sorgerechtsberechtigte/-r 1	Sorgerechtsberechtigte/-r 2
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Beruf:	Beruf:
Arbeitgeber:	Arbeitgeber:



Sozialpädiatrisches Zentrum | Phoniatrie und Pädaudiologie/CIK

Leitung: Priv.-Doz. Dr. med. Ruth Lang-Roth | Kerpener Str. 62 | 50937 Köln | Gebäude 23
Telefon: 0221 478-89125, Telefax: 0221 478-97452 | E-Mail: paedaudiologie@uk-koeln.de

Mein Kind besucht folgende Einrichtung:

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tagesmutter | <input type="checkbox"/> Kindergarten | <input type="checkbox"/> Integr. Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> Grundschule | <input type="checkbox"/> Hauptschule | <input type="checkbox"/> Gesamtschule |
| <input type="checkbox"/> Realschule | <input type="checkbox"/> Gymnasium | Klasse: _____ |
| <input type="checkbox"/> Förderschule mit dem Förderschwerpunkt: _____ | | |

Allgemeine Symptomatik:

Mein Kind

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| schnarcht nachts: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| atmet viel durch den Mund: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| hatte mehr als drei Mittelohrentzündungen im letzten Jahr: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| hat jährlich mehr als zwei schwere Mandelentzündungen (Tonsillitis): | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| hat eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| hat Erkrankungen der inneren Organe: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

wenn ja, welche? _____

Aus Arztberichten sind mir bei unserem Kind folgende Diagnosen bekannt:

Während der Schwangerschaft oder der Geburt meines Kindes gab es Komplikationen: ja nein

Wenn ja, welche? _____

Geburt in der Schwangerschaftswoche: _____

Hören:

1. Bei meinem Kind wurde ein Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt in der

Klinik/Einrichtung: _____ ID: _____

2. TEOAE rechts: unauffällig kontrollbedürftig

TEOAE links: unauffällig kontrollbedürftig

AABR rechts: unauffällig kontrollbedürftig

AABR links: unauffällig kontrollbedürftig

3. Bei meinem Kind wurde **kein** Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt weil:



Sozialpädiatrisches Zentrum | Phoniatrie und Pädaudiologie/CIK

Leitung: Priv.-Doz. Dr. med. Ruth Lang-Roth | Kerpener Str. 62 | 50937 Köln | Gebäude 23
Telefon: 0221 478-89125, Telefax: 0221 478-97452 | E-Mail: paedaudiologie@uk-koeln.de

In unseren Familien gibt es junge Menschen, die Hörgeräte tragen: ja nein
Mein Kind hört schlecht: ja nein
Wenn ja: Wo wurde das festgestellt? _____ Wann? _____
Mein Kind trägt Hörgeräte: / CI: rechts links beidseits seit: _____

Sprachentwicklung:

Mein Kind spricht so wie andere gleichaltrige Kinder: ich weiß nicht ja nein
Mein Kind hat/hatte logopädische Therapie: ja nein
wenn ja, wie viele Stunden wurden gegeben: <10 < 30 > 60
Kommen Sie zwecks Weiterverordnung der Logopädie: ja nein

(Fügen Sie bitte in diesem Fall die Therapieberichte bei!)

Diagnostik/Förderung:

Mein Kind erhält Therapien / Förderungen: ja nein
wenn ja? Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie
andere: _____
Mein Kind wurde vorstellig im/beim Kinder- & Jugendpsychiater (KJP)
 Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Frühförderungszentrum (FFZ)
Name und Adresse: _____
Bei meinem Kind
wurde/wird eine ausführliche Sprachstandserhebung und/oder Lese-Rechtschreibdiagnostik durchgeführt:
 ja nein
Wann? _____ Wo? _____

Operationen:

Bei meinem Kind wurden folgende Operationen durchgeführt:

Pflegestufe:

keine Pflegestufe Pflegestufe: Grad _____

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