

Liebe KollegInnen,

bitte füllen Sie diesen Bogen in Stichpunkten aus, um die Interventionen im SPZ besser planen zu können. Wir möchten damit Doppeltestungen vermeiden und die Diagnostik-Zeit optimal ausnutzen.

Teilen Sie uns auch Ihre Anliegen mit. Wir sind im weiteren Verlauf auch gerne für einen telefonischen Austausch offen. Denken Sie in diesem Zusammenhang bitte an eine Schweigepflichtsentbindung der Sorgeberechtigten.

Angaben zu Ihnen	
Name	
Anschrift	
Tel.-Nummer der Praxis	
Name der / des TherapeutIn	
Angaben zum Kind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Angaben zur Therapie	
In Therapie seit:	
Sind die Eltern während der Therapie anwesend?	
Aktueller Stand: <i>bitte nur kurz und in Stichpunkten</i>	
Aktuelles Ziel der Therapie:	
Welche Tests / Sichtbefunde wurden bereits durchgeführt: <i>Test, Datum der Durchführung, Auffälligkeiten, evtl. Testprotokoll in Kopie anfügen.</i>	
Besonderheiten / wichtig zu wissen:	
Ihre Fragestellung an uns:	