



Charité | Campus Virchow-Klinikum | 13344 Berlin

**Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
für chronisch kranke Kinder**
Leitung: Prof. Dr. Angela M. Kaindl

Abteilung Hören, Sprache, Stimme u. Schlucken
Leitung: Dr. Anke Hirschfelder

Klinik für Audiologie und Phoniatrie
Direktor der Klinik: Prof. Dr. med. Dirk Mürbe

Tel.: +49 (0)30 450 555 450
Fax: +49 (0)30 450 555 950

spz-hoer-und-sprachstoerungen@charite.de
audiologie@charite.de

Rücksendung an:

Charité Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Audiologie und Phoniatrie
SPZ Abteilung Hören, Sprache, Stimme, Schlucken
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sie haben sich um eine Untersuchung im SPZ, Abteilung Hören, Sprache, Stimme und Schlucken / Klinik für Audiologie und Phoniatrie bemüht. Wir danken für Ihr Vertrauen und freuen uns, Sie behandeln zu dürfen. Um den Zeitpunkt und die Dauer der Untersuchung im Interesse aller möglichst gut bestimmen zu können, bitten wir Sie, diesen und den beiliegenden Fragebogen möglichst sorgfältig auszufüllen und an uns zurückzuschicken. Die Angabe Ihrer Telefonnummer ist für uns sehr hilfreich, um Ihnen möglicherweise auch kurzfristig einen Termin zu übermitteln. Ohne die an uns zurückgeschickten Fragebögen können wir Ihnen leider keinen Untersuchungstermin nennen.

In unserem Fachgebiet besteht teilweise ein sehr großer diagnostischer Aufwand. Planen Sie bitte für den Untersuchungstag einige Stunden Zeit für Untersuchungen und Beratung in unserer Klinik ein!

Da sich in unserer Ambulanz außerdem täglich sehr viele Patienten anmelden, ist eine Wartezeit auf den Untersuchungstermin von mehreren Monaten meistens nicht zu umgehen. Umso wichtiger sind Ihre Angaben auf den Fragebögen, um die krankheits- oder störungsabhängige Dringlichkeit beurteilen zu können. Bitte lassen Sie den Bogen auf Seite 3 von Ihrem Kinderarzt ausfüllen und unterschreiben. Die umseitig genannten niedergelassenen Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie werden Ihnen ggf. auch weiterhelfen können. Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Angaben zum Patienten

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Geschäftsstelle: _____

überwiesen durch: _____

Geschlecht: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Personenstand: _____

Angaben zum Hauptversicherten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: (Angabe freiwillig) _____

Anschrift mit Telefon-Nr. (falls nicht gleiche Anschrift wie oben): _____

Fragebogen für Terminvergabe und Behandlungsplanung

im SPZ, Abteilung Hören, Sprache, Stimme und Schlucken

(Bitte Zutreffendes ankreuzen oder ergänzen)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

1) Welche der genannten Beschwerden / Störungen steht im Vordergrund oder werden vermutet?

Stimmstörung

- Stimmstörung seit Geburt
 - Stimmstörung seit dem Kindesalter
 - Andere Stimmstörung:
-

Sprach- und Sprechstörung

- Ausbleibende oder verzögerte Sprachentwicklung bei Kindern
 - Störung des Redeflusses (z. B. Stottern oder Poltern)
 - Störung der Artikulation
 - Näseln (z. B. bei/nach Lippen-Kiefer-Gaumenspalte)
 - Andere Sprach- oder Sprechstörung:
-

Hörstörung

- Verdacht auf gravierende Hörstörung im Kindesalter
 - Akute Hörverschlechterung
 - Schon länger bestehende Hörstörung
 - Ohrgeräusch
 - Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung / Lese-Rechtschreibstörung
In welcher Klasse ist Ihr Kind aktuell? _____
 - Andere Hörstörung:
-

Sonstige Erkrankungen

- Ess-, Kau- oder Schluckstörung
 - Autismus
 - Andere Beschwerden:
-

2) Seit wann besteht oder vermuten Sie o. g. Erkrankung?

3) Ist deswegen bisher eine Untersuchung/Behandlung bereits vorgenommen worden?

- Nein Ja

4) Wenn die 3. Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, wo und wann ist die Untersuchung/ Behandlung vorgenommen worden? _____

5) Haben sich die Beschwerden seither verändert?

- Beschwerden haben zugenommen
- Beschwerden sind gleich geblieben
- Beschwerden sind geringer geworden

6) Tragen Sie Hörgeräte?

- Nein Ja, seit _____

7) Welche anderen schwerwiegenden Erkrankungen bestehen zusätzlich (z. B. Intelligenzminderung, Lernbehinderung, Aufmerksamkeitsdefizit)? _____

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

W 1.1 FO 15	Version 7	Letzte Überprüfung: 01.03.2019	Erstellt: Ko
Seite 2 von 4	Freigabe am: 06.03.2019	Nächste Überprüfung: 28.02.2021	Geprüft: Hir Freigegeben: Mürbe

warum ist eine Vorstellung im SPZ Hören, Sprache, Stimme, Schlucken aus Ihrer Sicht notwendig?

Datum: _____ Stempel Unterschrift Arzt: _____

Niedergelassene Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie in Berlin

Name	Anschrift	Telefon
Dipl.-Med. Peter Fehland	Reichenberger Straße 3 13055 Berlin-Hohenschönhausen	9 71 52 09
Prof. Dr. Ovidiu König	Weinbergsweg 1 10119 Berlin-Mitte	4490330 440 30 77 30
Dr. med. Dorothee Lücke/ Mathis Weisfeld	Garbátyplatz 1-2 13187 Berlin	444 10 10 440 30 77 30
Dr. med. Kathrin Mahlstedt / Dr. med. Karsten Nubel	Reichsstraße 108 14052 Berlin-Charlottenburg	3 05 70 23
Dr. med. Cornelia Mühler	Fröbelstraße 15 10405 Berlin-Prenzlauer Berg	49 85 51 55
Prof. Dr. Saskia Rohrbach	Potsdamer Chaussee 80 14129 Berlin / Rheinsteinstraße 1 10318 Berlin	322 940 90 / 50 90 40 6
Dr. med. Jörg Sandmann	Karl-Marx-Str. 142 12043 Berlin	6322570
Dr. med. Gerrit Wohlt	Fasanenstraße 70 10719 Berlin-Charlottenburg	31 50 76 55

W 1.1 FO 15 Seite 3 von 4	Version 7	Letzte Überprüfung: 01.03.2019	Erstellt: Ko
	Freigabe am: 06.03.2019	Nächste Überprüfung: 28.02.2021	Geprüft: Hir Freigegeben: Mürbe