

PARENTS' QUESTIONNAIRE

filled in on (DD/MM/YYYY) _____ by (name, relationship) _____

Dear parents,

the following information we are kindly asking you for is voluntary. Your answers to the following questions, however, will support our preparation and diagnostic planning. Your answers will, of course, be treated with utmost confidentiality and underlie data protection law.

Information about the child

First and last name _____

Born (DD/MM/YYYY) _____ in (place of birth) _____

Address of the family _____

Information about the parents / legal guardians

	<i>Mother</i>	<i>Father</i>
first and last name	_____	_____
date of birth	_____	_____
citizenship	_____	_____
tel./landline	_____	_____
mobile phone	_____	_____
e-mail	_____	_____

☐ married ☐ cohabitation/civil union ☐ separated ☐ divorced ☐ widowed

Right of custody

☐ joint custody
☐ sole custody ☐ mother ☐ father
☐ other _____

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE 19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand

Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanusschwestern

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Concerns and case history

What is the reason for seeing us with your child today?

Symptoms, disability, problems, incident(s), abnormalities

In which respects is your child showing problems or worrisome developments and since when did these problems occur?

- ☐ body control / movements

- ☐ cognitive development

- ☐ speech

- ☐ hearing, visual capability

- ☐ growth/posture (e.g. deformities)

- ☐ family problems

- ☐ epileptic seizure

- ☐ nutrition

- ☐ behaviour

- ☐ parenting issues

- ☐ performance at school

- ☐ other

Which sort of help are you looking for?

Have you consulted another institution in this matter before?

- ☐ no
- ☐ yes
 - ☐ other SPZs

 - ☐ a child/adolescent psychiatrist

 - ☐ a psychologist

 - ☐ other

Please bring existing reports and findings with you, if available.

Assistance for the family

Are you or your family using any of the following forms of assistance?

☐ no

☐ yes

☐ family relief services

☐ domestic nursing

☐ Family social worker („SPFH“) / help

☐ household help / neighborhood

☐ Support through social services

☐ Educational advice center

☐ other assistance _____

Does your child have a severe disabled person's pass?

☐ no

☐ yes degree of disability _____ case number _____

Is your child classified on a care level?

☐ no

☐ yes care level _____

Pregnancy and birth

Did you have any miscarriages or still births?

☐ no

☐ yes, when and how many _____

Have you received the assistance of reproductive medicine to conceive?

☐ no

☐ yes, which (e.g. ICSI, IVF) _____

Where there any complications during the pregnancy?

☐ no

☐ bleeding

☐ accident(s), surgery

☐ high blood pressure

☐ premature labor

☐ low movement of the fetus

☐ heavy vomiting

☐ mental distress, job stress

☐ disease/infection with fever

☐ too much/too little amniotic liquor

☐ alcohol/cigarettes/drugs

☐ radiation/x-ray

☐ diabetes

☐ thyroid problems/disease

☐ other _____

☐ medication, which _____

When was the birth?

☐ on the due date

☐ too early by ____

☐ too late by ____

Were there complications or special circumstances during birth? ☐ no

- | | |
|---|--|
| ☐ caesarian (sectio) | ☐ pelvic presentation |
| ☐ vacuum extraction / Forceps delivery | ☐ birth of multiples (twins, triplets...) |
| ☐ abnormality of baby's heart sounds | ☐ green amniotic fluid |
| ☐ particularly long labor and/or birth | ☐ particularly rapid labor/birth |
| ☐ other _____ | |

Newborn phase

Please fill in all of the following (see U1 yellow note book)

weight at birth _____ g length _____ cm head circumference _____ cm

APGAR _____ / _____ / _____ PH of umbilical cord _____

Did your child cry right after birth? ☐ no ☐ yes

Were there any problems right after birth? ☐ no ☐ yes

If yes, which? _____

Did anything worry you during your child's first months? ☐ no

- | | |
|--|--|
| ☐ too little movement | ☐ frequent spit-up/vomiting |
| ☐ problems falling asleep or sleeping through the night | ☐ colic /digestion problems |
| ☐ crooked posture/asymmetries | ☐ weak drinking |
| ☐ seizures, cramps | ☐ frequent choking |
| ☐ baby startled easily | ☐ unrest/frequent crying |
| ☐ other _____ | |

Was your child breast-fed? ☐ no

If yes, for how long? _____ (months/years) fully breast-fed

_____ (months/years) partially breast-fed

Were there any abnormalities when feeding? ☐ no

If yes, which? (e.g. when swallowing, nursing, chewing, saliva) _____

Did your child receive Vitamin D during the first months? ☐ no ☐ yes

Vaccinations

Has your child been fully vaccinated (according to STIKO) ☐ no ☐ yes

Have any special vaccinations been administered (RSV, others)? ☐ no

If yes, which and when? _____

Were there any special reactions to the vaccination(s)? ☐ no

If yes, which and when? _____

Development

Which of the following important development steps did your child achieve in which age?

- ☐ sitting freely _____ months
- ☐ pulling up to stand _____ months
- ☐ first free steps _____ months
- ☐ first words _____ months
- ☐ dry and clean during daytime _____ months
- ☐ dry and clean during nighttime _____ months

Nutrition

Is there anything unusual about your child's eating behavior? ☐ no

If yes, what is it? _____

Sleep

Please specify your child's sleeping times during the week

from evening _____ o'clock until _____ o'clock in the morning

Are there problems falling asleep? ☐ no ☐ yes

Are there problems to sleep through the night? ☐ no ☐ yes

Are there any abnormalities during sleeping? ☐ no

If yes, which? ☐ snoring ☐ teeth grinding
☐ other _____

Does your child wet the bed?

☐ no

☐ yes

Where does your child sleep?

☐ own bed

☐ own room

☐ with parents

☐ with siblings

☐ with other _____

Pre-existing conditions

Have there been any previous illness, surgery, accidents, or symptoms? ☐ no

If yes, when and which? _____

Medication & Aids

Is your child currently taking any medication? ☐ no

name of the medication	dosage (mg)	frequency (e.g. 3x1)	Since when?

Is your child using any aids? ☐ no

☐ wheel chair

☐ glasses

☐ orthoses/braces

☐ hearing aid

☐ other _____

Previous diagnostics

Where and when did you have your child checked out previously?

	name	clinic	when?	result
ear specialist				
eye specialist				
EEG				
MRI/CT				
X.ray				
other:				

Therapies

Has your child previously been or is your child currently undergoing any of the following treatments? ☐ no

	since/. from .. until..	how often?	because of?	where?
physiotherapy				
occupational therapy				
speech therapy				
curative pedagogy				
early learning				
psychotherapy/ play therapy				
other:				

Nursery, kindergarten and school

Which of the following institutions has your child visited or visits regularly still?

- ☐ day nursery from the age of _____ years to _____ years
- ☐ kindergarten from the age of _____ years to _____ years
- ☐ Regular kindergarten ☐ integrative status
- ☐ curative pedagogical kindergarten
- ☐ elementary school from the age of _____ years
- ☐ Regular elementary school ☐ Special needs school (name) _____
- ☐ secondary school
- ☐ Gymnasium ☐ Realschule ☐ Mittelschule ☐ Special needs school
- ☐ other _____

Which grade is your child currently in? _____ grade

Has your child ever failed/repeated a grade? ☐ no if yes, which? _____

Does or did your child receive support at school or in kindergarten? ☐ no

- ☐ mobile sonderpädagogische Hilfe (mSH) ☐ Schulbegleiter / classroom assistant
- ☐ mobiler sonderpädagogischer Dienst (MSD) ☐ Schulpsychologe / school counselor
- ☐ other _____

Homework situation

How long does it take your child on average to finish homework? _____

Where is your child doing homework? ☐ at home ☐ after-school care

How is your child doing homework? ☐ alone ☐ with temporary assistance
☐ with constant assistance

Are there any problems with homework? ☐ no

If yes, which? _____

Play and behaviour

Which pastime(s) does your child enjoy?

Which interests does your child have (sports, hobbies, free-time activities)?

How much time does your child spend with media per day (TV, mobile phone, tablet)?

_____ hours, details: _____

Is there anything unusual about your child's emotions or social behavior? ☐ no

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ anxious | ☐ defiant | ☐ aggressive | ☐ restless |
| ☐ dreamy | ☐ depressed | ☐ distracted | ☐ withdrawn |
| ☐ sad | ☐ lonely | ☐ impulsive | |
| ☐ other | _____ | | |

Strengths and weaknesses

Which strengths / positive characteristics do you notice in your child?

Which weaknesses / negative characteristics do you notice in your child?

Information on the family situation

	father	mother
trained profession		
pre-existing medical conditions		

Are the parents blood-related (e.g. cousins?)

☐ no

☐ yes

	Sibling	Sibling	Sibling
name			
age (years)			
school			
pre-existing medical conditions			

Have any of your close or distanced relatives been (or are) suffering from condition(s) or illness(es) similar to your child's?

☐ no

☐ yes

Which of the following disorders have occurred in your close or distanced family?

- | | |
|--|--|
| ☐ mental retardation | ☐ spastic or other paralysis |
| ☐ seizures, cramps | ☐ deformation |
| ☐ retarded or disabled speech development | ☐ hearing disability / deafness |
| ☐ visual disability / blindness | ☐ Asthma/eczema/hives |
| ☐ mental disorder/illness | ☐ autism |
| ☐ cardiovascular disease | ☐ other _____ |

Please provide more detail: _____

Please bring along the following items to your appointment:

- vaccination pass
- yellow notebook
- insurance card
- "Überweisungsschein" (= referral note) from pediatrician
- previous medical reports
- therapy reports

If you want to talk about anything without your child's presence, please inform your doctor or therapist about it.

Thank you very much for filling in this questionnaire and your support!

Name des Kindes _____
Geburtsdatum _____

Vom SPZ auszufüllen:

Datum: _____

Gelesen: _____

Einwilligungserklärung Datenschutz

(Rechtsgrundlage: § 11 Abs. 2 lit. a KDG i. V. m. § 8 KDG)

Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit gegenüber dem SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Einwilligung kann verweigert werden.

Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung der entsprechenden personenbezogenen Daten statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser ausgesprochen wird. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datenübermittlung an Kinderarzt / Hausarzt / Facharzt / andere Einrichtung	
Ich willige ein, dass das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH die mich betreffenden <u>Behandlungsdaten und Befunde</u> (z.B. Labor, EEG, genetische Befunde) an folgenden Arzt / Einrichtung zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung <u>übermittelt</u>. Falls ja, bitte Name und Anschrift des Kinderarztes / einweisenden Arztes / etc. angeben: _____ _____ _____ Hinweis: Ohne Ihre Einwilligung ist die Übermittlung der behandlungsrelevanten Informationen an den vor-, mit- und nachbehandelnden Arzt / Einrichtung nicht möglich. In diesem Falle obliegt Ihnen die Verantwortung zur Weiterleitung der Befunde.	☐ ja ☐ nein
Ich willige ein, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH die bei meinem Kinderarzt / Hausarzt vorliegenden <u>Behandlungsdaten und Befunde</u>, die für meine aktuelle Krankenhausbehandlung erforderlich sind, <u>anfordern</u> kann. Die Daten werden nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt worden sind. Falls ja, bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen und ggf. ergänzen. ☐ siehe Arzt / Einrichtung unter Nr. 1 ☐ anderer/weiterer Arzt / Einrichtung, bitte Name und Anschrift angeben: _____ _____ _____	☐ ja ☐ nein
Fotodokumentation	
Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass von meinem Kind und mir ein Foto gemacht wird. Dies dient der leichten Identifikation bei Fallbesprechungen. Das Foto wird ausschließlich in der Patientenakte aufbewahrt.	☐ ja ☐ nein

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE 19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand

Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanusschwestern

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Kontaktaufnahme	
Ich willige ein, dass mich das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und seine Mitarbeiter:innen zu Informationszwecken (z. B. Terminverschiebung, Terminerinnerung, Therapieplanung, Befundmitteilung) telefonisch bzw. per SMS kontaktiert. Telefonnummer/n (Festnetz und Handy): _____ _____	☐ ja ☐ nein
Ich willige bis auf Widerruf ein, dass mich das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und seine Mitarbeiter:innen zu Informationszwecken (z. B. Terminverschiebung, Terminerinnerung, Therapieplanung, Befundmitteilung) per Email kontaktiert. E-Mail-Adressen: Mutter: _____ Vater: _____	☐ ja ☐ nein
Datenübermittlung und -einsicht Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH	
Ich willige ein, dass das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH, sofern erforderlich, Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der optimierten Diagnostik und Behandlung an die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH übermitteln und entsprechende Behandlungsdaten und Befunde der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH einsehen darf.	☐ ja ☐ nein
Sonstige Datenweitergabe (z.B. Dolmetscher, Familienhelfer, etc.)	
Ich willige ein, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die von mir benannte Person: _____ zum Zwecke: _____ übermittelt werden dürfen und dieser Person Auskunft erteilt werden darf.	☐ ja ☐ nein

Ich wurde auf den Aushang „Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten“ hingewiesen (hängt in den beiden Wartebereichen des SPZ in Haus 1 und 2 aus).

Ich kann auf Wunsch eine Kopie des mir vorliegenden Formulars „Einwilligungserklärung Datenschutz“ erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter und des Patienten (ab 14 J.)

Name des Kindes _____
Geburtsdatum _____

Vom SPZ auszufüllen:

Datum: _____

Gelesen: _____

Wichtige Informationen

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

- Bitte informieren Sie uns umgehend bei einem Wechsel der Krankenkasse.
- Wir benötigen beim ersten Diagnostik- oder Behandlungstermin in einem neuen Quartal jeweils einen gültigen Überweisungsschein Ihres Kinderarztes sowie die elektronische Gesundheitskarte. Andernfalls müssen Sie ggfs. für die Behandlungskosten selbst aufkommen.
- Wir bitten Sie uns schnellstmöglich zu informieren, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie,

- dass alle Sorgeberechtigten über die Untersuchung Ihres Kindes im SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH informiert wurden und damit einverstanden sind.
- dass Sie darüber informiert worden sind, dass ein Austausch zwischen den Ärzten, Psychologen und Therapeuten des SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH bzgl. der Daten und Informationen, die über Ihr Kind erhoben wurden, stattfindet. Die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der Diagnostik und Behandlung bildet die Basis des sozialpädiatrischen Vorgehens. Alle Mitarbeiter des SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH unterliegen der Schweigepflicht.
- dass Sie darüber informiert worden sind, dass sich die Mitarbeiter des SPZ mit den Fachkollegen des Kinderkrankenhauses St. Marien gGmbH in mündlicher und schriftlicher Form austauschen, falls dies zur Optimierung der Behandlung notwendig ist. Auch alle Mitarbeiter des Kinderkrankenhauses St. Marien gGmbH unterliegen der Schweigepflicht.

Landshut, den _____

Unterschrift: _____

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE 19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand

Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanusschwestern

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Einwilligung Video- und Telefonsprechstunde (Telemedizin)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

Ihnen wurde eine Telefon- oder Online-Videosprechstunde (Telemedizin) angeboten.

In den Sprechstunden laufen die Gespräche zwischen Ihnen und der Ärztin/ dem Arzt ähnlich ab, wie in der gewohnten Sprechstunde; Sie befinden sich nur an getrennten Orten. Der Austausch erfolgt über das Telefon oder dem Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in unser Haus kommen müssen.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer, Tablet oder Smartphone (mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung) reichen aus. Die technische Verbindung läuft über den Videodienstanbieter RED Medical Systems GmbH, der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt besprechen, auch im „Behandlungszimmer“ bleibt.

Aufklärung des Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde bzw. Telefonsprechstunde ist für mich und der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt freiwillig.
- Die jeweilige Sprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufs in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- Zu Beginn der Telefon- oder Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Sprechstunde strafrechtlich verboten.
- Vor Beginn der Video- oder Telefonsprechstunde ist zwingend unsere Einwilligungserklärung zu unterzeichnen.

Einwilligungserklärung

(nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß 291 g Abs. 4 SGB V der Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte i.V.m. §§ 6 Abs. 1 b), 8, 11 Abs. 2 a) KDG)

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname

E-Mail-Adresse

als gesetzliche:r Vertreter:in für

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand

Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanusschwester

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Ich bestätige, dass ich über den Ablauf der Telefon- bzw. Videosprechstunde, sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden bin. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung der Software „Connect – die Kostenlose Videosprechstunde von RED Medical“ für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- etwaige Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Telefon- bzw. Videosprechstunde erfolgt.
- die meine Person betreffenden Daten bzw. Daten der gesetzlichen Vertreter (Name, Vorname, Email, Telefonnummer, Termindatum, -art und -dauer) zum Zweck der Durchführung der Telefon- bzw. Videosprechstunde durch uns erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Meine Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt ausreichend. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser ausgesprochen wird. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die oben genannten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Telefon- und Videosprechstunde zu Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter und des Patienten (ab 14 Jahren)