

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: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja
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.	<input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> siehe Arzt / Einrichtung unter Nr. 1 <input type="checkbox"/> anderer/weiterer Arzt / Einrichtung, bitte Name und Anschrift angeben: _____ _____	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Fotodokumentation	
Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass von meinem Kind und mir ein Foto gemacht wird. Dies dient der leichteren Identifikation bei Fallbesprechungen. Das Foto wird ausschließlich in der Patientenakte aufbewahrt.	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein

Kontaktaufnahme	
<p>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.</p> <p>Telefonnummer/n (Festnetz und Handy): _____ _____</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>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.</p> <p>E-Mail-Adressen: Mutter: _____ Vater: _____</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datenübermittlung und -einsicht Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH	
<p>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.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Datenweitergabe (z.B. Dolmetscher, Familienhelfer, etc.)	
<p>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.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 Solanusschwestern

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)

Elternfragebogen Obstipationsprechstunde

ausgefüllt am: _____ von: _____

Liebe Eltern!

Die folgenden **Angaben**, um die wir Sie bitten, sind **freiwillig**. Das Beantworten der nachstehenden Fragen erleichtert uns aber die Vorbereitung und Planung der Diagnostik. Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Angaben zum Kind

Vor- und Zuname _____

geboren am _____ in (Geburtsort) _____

Anschrift der Familie _____

Angaben zu den Erziehungsberechtigten

	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>
Vor- und Zuname	_____	_____
geboren am	_____	_____
Staatsangehörigkeit/ Herkunft	_____	_____
Festnetz	_____	_____
Mobil	_____	_____
E-Mail	_____	_____

verheiratet Lebensgemeinschaft getrennt geschieden verwitwet

Angaben zum Sorgerecht

gemeinsame elterliche Sorge
 alleinige elterliche Sorge Mutter Vater
 andere _____

Beschwerden und Symptomatik

Wie häufig wird der Darm entleert? _____ pro Woche
 _____ pro Tag

Wie würden Sie die Stuhlkonsistenz beschreiben?

wässrig breiig geformt kleinknollig-hart auffällig großkalibrig-hart
 Sonstiges _____

Ist die Darmentleerung schmerzhaft oder schwierig? Bitte beschreiben Sie:

Verweilzeit auf der Toilette zur Darmentleerung? ca. _____

Treten Blutbeimengungen oder ganz schwarzer Stuhl auf? nein ja

Ist eine Darmvorwölbung aus dem Anus oder andere Auffälligkeiten am Anus beobachtet worden? nein

Falls ja, bitte beschreiben _____

Tritt Stuhlschmierer in die Unterhose auf? nein ja, Häufigkeit _____

Hält das Kind den Stuhl zurück? nein ja

Treten Bauchschmerzen auf? nein ja

Falls ja, wann (vor/nach Stuhlgang), wie oft und wie stark? _____

Treten andere Symptome (z.B. Erbrechen, Fieber ...) häufig auf? nein ja

Falls ja, bitte beschreiben _____

Wann hat das Stuhlgangproblem begonnen? _____

War das Kind schon mal „sauber“? nein ja

Falls ja, wann und wie lange? _____

Mein Kind benutzt die Toilette tagsüber die Windel

Führen Sie Toilettentraining durch? nein ja

Vorgeschichte

Kam der erste Stuhlgang nach Geburt (Kindspech) innerhalb von 24h? nein ja

Gibt es Vorerkrankungen oder Entwicklungsprobleme? nein ja

Falls ja, bitte beschreiben _____

Welche medizinischen Untersuchungen (z.B. Blut, Stuhl, Ultraschall) sind bisher durchgeführt worden? Bitte senden Sie uns alle Vorbefunde vorher zu.

Welche Medikamente wurden oder werden angewendet? bisher keine

Name des Medikaments	Dosis (mg)	Dosierung (z.B. 3x1)	Seit wann?

Gibt es Magen-/Darmerkrankungen oder andere schwere Erkrankungen in der Familie?

nein ja, bitte beschreiben _____

Ernährung

Bestehen Besonderheiten in der Ernährung oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

nein ja

Falls ja, bitte beschreiben _____

Welches Getränk wird hauptsächlich getrunken? _____

Wurden bereits Umstellungen bei der Ernährung vorgenommen, mit dem Ziel eine

Verbesserung der Beschwerden zu erreichen? nein ja

Falls ja, bitte beschreiben _____

Haben Sie und Ihr Kind bereits eine Ernährungsberatung erhalten? nein ja

Vorerkrankungen

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden (außer o.g.

Magen-Darm-Beschwerden)? nein ja

Wenn ja, wann und welche? _____

Therapien

Sind/waren Sie bereits in anderer Betreuung gewesen? nein ja

anderes SPZ _____

Kinder- und Jugendpsychiater _____

Psychologen _____

andere _____

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien? nein

	Seit bzw. von .. bis..	Wie oft?	Wegen?	Wo?
Physiotherapie				
Ergotherapie				
Logopädie				
Heilpädagogik				
Frühförderung				
Psychotherapie Spieltherapie				
andere:				

Bitte bringen Sie Folgendes zur Vorstellung mit

- Vorbefunde
- Therapieberichte
- Versichertenkarte
- Überweisungsschein vom Kinderarzt

Vielen Dank für das Ausfüllen und Ihre Mithilfe!