



<b>Kontaktaufnahme</b>	
Ich willige ein, dass mich die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und seine Mitarbeiter zu Informationszwecken (z. B. Therapieplanung, Befundmitteilung, Informationsveranstaltungen, etc.) <b>telefonisch</b> bzw. <b>per SMS</b> kontaktieren.	<input type="checkbox"/> ja
Telefonnummer/n (Festnetz und Handy): _____ _____	<input type="checkbox"/> nein
... <b>per Email</b> kontaktieren.	<input type="checkbox"/> ja
E-Mail-Adressen:  Mutter: _____  Vater: _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Terminerinnerung /-verschiebung</b>	
Ich willige ein, dass mich die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und deren Mitarbeiter zur Terminerinnerung /-verschiebung per E-Mail kontaktieren dürfen.	<input type="checkbox"/> ja
E-Mail-Adresse: _____ <input type="checkbox"/> siehe oben	<input type="checkbox"/> nein
<b>Datenübermittlung und -einsicht Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH</b>	
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 <b>übermitteln</b> und entsprechende Behandlungsdaten und Befunde der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH <b>einsehen</b> darf.	<input type="checkbox"/> ja
Falls ja, für folgende Abteilungen: <input type="checkbox"/> Stationäre Aufenthalte <input type="checkbox"/> Ambulanzen <input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> nein
<b>Sonstige Datenweitergabe (z.B. Dolmetscher, Familienhelfer, etc.)</b>	
Ich willige ein, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die von mir benannte Person:	<input type="checkbox"/> ja
_____  zum Zwecke: _____  übermittelt werden dürfen und dieser Person Auskunft erteilt werden darf.	<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.)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

Ihnen wurde eine Telefon- oder Online-Videosprechstunde 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 medflex 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 : \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

als gesetzlichen Vertreters für,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



ausreichend über den Ablauf der Telefon- bzw. Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung der Software 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)

## Elternsprechstunde: Elternfragebogen

ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in (Geburtsort) \_\_\_\_\_

Anschrift der Familie \_\_\_\_\_

### Angaben zu den Erziehungsberechtigten

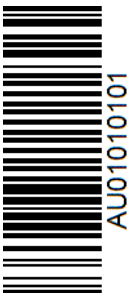
	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>
Vor- und Zuname	_____	_____
geboren am	_____	_____
Festnetz	_____	_____
Mobil	_____	_____

verheiratet     Lebensgemeinschaft     getrennt     geschieden     verwitwet

### Angaben zum Sorgerecht

gemeinsame elterliche Sorge  
 alleinige elterliche Sorge     Mutter     Vater  
 andere \_\_\_\_\_

Falls Sie getrennt lebend bzw. geschieden sind und gemeinsame elterliche Sorge haben, benötigen wir aufgrund rechtlicher Vorgaben das schriftliche Einverständnis beider Eltern. Beachten Sie hierfür bitte die beiliegende „**Einverständniserklärung bei gemeinsamer elterlicher Sorge**“ und schicken Sie diese gemeinsam mit dem Elternfragebogen an uns zurück.



**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 - 1325  
 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

## Auftrag / Anliegen

**Was ist der Grund für die Vorstellung Ihres Kindes bei uns?**

*Beschwerden, Probleme, Auffälligkeiten, Behinderung*

---

---

---

---

---

**Wo und wann wurde Ihr Kind aus dem gleichen Grund schon einmal vorgestellt oder behandelt (z.B. Arzt, Krankenhaus, Psychologen, Kinder-/Lebenshilfe, Erziehungsberatung etc.)? Werden weitere Einrichtungen oder Angebote wahrgenommen? (Krabbelgruppen, Mütterzentren, Pecip-Gruppe etc.).**

---

---

---

---

---

## Vorgeschichte Ihres Kindes

**In welcher Klinik haben Sie entbunden?** \_\_\_\_\_

**Gab es Komplikationen bei der Schwangerschaft oder Geburt?**  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

## Körpermaße Ihres Kindes bei der Geburt

*(siehe U1 bzw. für den Kopfumfang evtl. U2 im gelben Vorsorgeheft)*

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ g      Länge \_\_\_\_\_ cm      Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm

APGAR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Nabelschnur-pH \_\_\_\_\_

**Musste Ihr Kind nach der Geburt oder in den ersten Lebenstagen ärztlich behandelt oder in eine Klinik verlegt werden?**  nein

Wenn ja, in welche und warum? \_\_\_\_\_

**Wie gestaltet sich die Ernährung Ihres Kindes?**

- Stillen  Flasche  Brei  Familienkost  
 selbständiges Essen  Füttern  Sondieren

**Hat Ihr Kind Probleme mit der Ernährung oder Gewichtsentwicklung?**  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten im Schlafverhalten?**  nein

**Hat es einen Schlaf-Wach-Essensrhythmus?**  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Neigt Ihr Kind zu Unruhe, Quengeln, Schreien?**  nein  ja

Mein Kind lernte zu **krabbeln** mit \_\_\_ Monaten; frei zu **laufen** mit \_\_\_ Monaten; es sprach das **erste Wort** mit \_\_\_ Monaten, erste **Zweiwort-Sätze** mit \_\_\_ Monaten, es wurde **tags / nachts sauber und trocken** mit \_\_\_/\_\_\_ Monaten.

**Mein Kind wird vorwiegend versorgt von** \_\_\_\_\_

**Weitere wichtige Bezugspersonen** \_\_\_\_\_

**Geschwister (Name, Vorname, Geburtsdatum)** \_\_\_\_\_

**Ist Ihr Kind nach Plan (gemäß STIKO) geimpft?**  nein  ja

**War Ihr Kind bisher ernsthaft erkrankt? Hatte es Operationen oder Unfälle oder lag es aus anderen Gründen im Krankenhaus? Wenn ja, bitte Krankenhaus und Jahresangabe: \_**

---



---

**Nahm oder nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**  ja  nein

Wenn ja, welche und seit wann? \_\_\_\_\_

---



---

**Selbsteinschätzung der momentanen Familiensituation**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
„schrecklich“ <<<<										>>>> „besser geht’s nicht“

**Raum für zusätzliche Angaben / Bemerkungen:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



## Informationsblatt

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.

Landshut, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**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 - 1325  
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

