

Kontaktaufnahme	
Ich willige ein, dass mich die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und seine Mitarbeiter zu Informationszwecken (z. B. Therapieplanung, Befundmitteilung, Informationsveranstaltungen, etc.) telefonisch bzw. per SMS kontaktieren.	<input type="checkbox"/> ja
Telefonnummer/n (Festnetz und Handy): _____ _____	<input type="checkbox"/> nein
... per Email kontaktieren.	<input type="checkbox"/> ja
E-Mail-Adressen: Mutter: _____ Vater: _____	<input type="checkbox"/> nein
Terminreminder /-verschiebung	
Ich willige ein, dass mich die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und deren Mitarbeiter zur Terminreminder /-verschiebung per E-Mail kontaktieren dürfen.	<input type="checkbox"/> ja
E-Mail-Adresse: _____ <input type="checkbox"/> siehe oben	<input type="checkbox"/> 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.	<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
Sonstige Datenweitergabe (z.B. Dolmetscher, Familienhelfer, etc.)	
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)

Elternfragebogen

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. Bitte kennzeichnen Sie ggf. Informationen, die nicht im Arztbrief erscheinen sollen oder besprechen Sie dies mit dem betreuenden SPZ-Arzt.

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 _____



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

In welchem Bereich und seit wann bestehen die Störungen bzw. Auffälligkeiten?

- Körperbeherrschung / Bewegung _____
- geistige Entwicklung _____
- Sprache _____
- Hör- und Sehvermögen _____
- Wachstum/Körperbau (Fehlbildungen) _____
- familiäre Probleme _____
- epileptische Anfälle _____
- Ernährung _____
- Verhalten _____
- Erziehung _____
- Schulleistungen _____
- andere _____

Welche Hilfen wünschen Sie?

War Ihr Kind bereits in entwicklungsneurologischer oder psychologischer Betreuung?

- nein
- ja
 - in einem anderen SPZ _____
 - Kinder- & Jugendpsychiater _____
 - (Schul-) Psychologe _____
 - andere _____

Bitte bringen Sie vorliegende Berichte und Befunde mit, soweit vorhanden.

Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?

- nein
- ja, folgende
- | | |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> familienentlastender Dienst | <input type="checkbox"/> häusliche Krankenpflege |
| <input type="checkbox"/> sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) | <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe / Nachbarschaftshilfe |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung Jugendamt | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle |

Vorgeschichte / Allgemeines

Schwangerschaft und Geburt

Hatten Sie Fehlgeburten/Totgeburten? nein

ja, wann und wie viele _____

Haben Sie reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen? nein

ja, Folgende (z. B. ICSI, IVF) _____

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft? nein

- | | |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Unfälle, Operationen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen |
| <input type="checkbox"/> wenig Kindsbewegungen | <input type="checkbox"/> schweres Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> seelische Belastung, beruflicher Stress | <input type="checkbox"/> fieberhafte Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Fruchtwasser zu viel/zu wenig | <input type="checkbox"/> Alkohol, Zigaretten, Drogen |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlung/Röntgen | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> Medikamente _____ | |

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? _____SSW

Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt? nein

- | | |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio) | <input type="checkbox"/> Beckenendlage |
| <input type="checkbox"/> Saugglocke / Zange | <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt |
| <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der kindlichen Herztöne | <input type="checkbox"/> grünes Fruchtwasser |
| <input type="checkbox"/> besonders lange Geburt | <input type="checkbox"/> besonders schnelle Geburt |
| <input type="checkbox"/> andere _____ | |

Neugeborenenperiode / Säuglingszeit

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

Geburtsgewicht _____ g Länge _____ cm Kopfumfang _____ cm

APGAR _____ / _____ / _____ Nabelschnur-pH _____

Gab es in den ersten Lebenstagen Probleme? nein

wenn ja, welche? _____

Machte Ihnen in den ersten Lebensmonaten Sorgen? nein

- | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bewegungsarmut | <input type="checkbox"/> häufiges Spucken / Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Ein- und Durchschlafschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Koliken / Bauchprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung / Asymmetrien | <input type="checkbox"/> Trinkschwäche |
| <input type="checkbox"/> Anfälle | <input type="checkbox"/> häufiges Verschlucken |
| <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit | <input type="checkbox"/> Unruhe / vermehrtes Schreien |
| <input type="checkbox"/> andere _____ | |

Wurde Ihr Kind gestillt? nein

wenn ja, wie lange? Insgesamt ___ (Monate/Jahre) voll, davon ___ (Monate/Jahre) teilgestillt.

War das Kind längere Zeit von der Mutter getrennt? nein ja, _____

Welche Bezugspersonen hatte das Kind in den ersten beiden Lebensjahren?

Welche Bezugspersonen hat das Kind jetzt?

Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme? nein

wenn ja, welche? (Schlucken, Saugen, Kauen, Speichelfluss) _____

Erhielt Ihr Kind in den ersten Lebensmonaten Vitamin D? nein ja

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

Gab es besondere Reaktionen auf die Impfungen? nein

wenn ja, welche und wann? _____

Entwicklung

In welchem Alter hat Ihr Kind die folgenden Entwicklungsschritte erreicht und gab es dabei Besonderheiten?

- Krabbeln _____
- Hochziehen zum Stand _____
- erste freie Schritte _____
- erste Wörter _____
- erste Sätze _____
- keine Windel am Tag _____
- keine Windel in der Nacht _____
- Fahrradfahren _____
- Schwimmen _____

Ernährung

Gibt es Auffälligkeiten im Ernährungsverhalten oder bei der Verdauung? nein

wenn ja, welche? _____

Schlaf

Schlafenzeiten an Wochentagen von _____ Uhr bis _____ Uhr

Bestehen Einschlafprobleme? nein ja

Bestehen Durchschlafprobleme? nein ja

Treten im Schlaf Auffälligkeiten auf? nein
 wenn ja, welche? Schnarchen Knirschen
 Sonstige _____

Nässt Ihr Kind ein? nein ja

Wo schläft Ihr Kind? eigenes Bett eigenes Zimmer
 bei den Eltern bei den Geschwistern
 bei anderen _____

Krankenvorgeschichte

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden? nein
 wenn ja, welche und wann? _____

Bekommt Ihr Kind zur Zeit Medikamente? nein

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

Hat Ihr Kind Hilfsmittel? nein
 Rollstuhl Brille Orthesen/Schienen Hörgerät
 andere _____

Therapien

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:				

Bisherige Diagnostik

Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

	Name	Praxisort	Wann?	Befund
HNO-Arzt				
Augenarzt				
EEG				
MRT/CT				
Röntgen				
andere:				

Kindergarten- und Schulbesuch

Welche der folgenden Einrichtungen hat Ihr Kind besucht bzw. besucht es jetzt noch?

- Kinderkrippe im Alter von _____ Jahren bis von _____ Jahren
- Kindergarten im Alter von _____ Jahren bis von _____ Jahren
- Regelkindergarten Integrativplatz
- heilpädagogischer Kindergarten anderer _____
- Grundschule ab dem Alter von _____ Jahren
- Regelgrundschule Förderzentrum _____
- weiterführende Schule
- Gymnasium Realschule Mittelschule Förderzentrum

Welche Klasse und Schule besucht Ihr Kind aktuell? _____

Wurde eine Klasse wiederholt? nein wenn ja, welche? _____

Erhält oder erhielt Ihr Kind Unterstützung in der Schule oder im Kindergarten? nein

- mobile sonderpädagogische Hilfe (msH) Schulbegleiter
- mobiler sonderpädagogischer Dienst (MSD) Schulpsychologe
- andere _____

Hausaufgabensituation

Wie lange benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben? _____

Wo fertigt Ihr Kind die Hausaufgaben an? zu Hause Mittagsbetreuung/Hort

Wie fertigt Ihr Kind die Hausaufgaben an? alleine (teilw) mit Unterstützung

Gibt es Probleme mit den Hausaufgaben? nein

wenn ja, welche? _____

Spiel und Verhalten

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne?

Welche Interessen hat Ihr Kind (Sportarten, Hobbys, Freizeitaktivitäten)?

Wie hoch ist der Medienkonsum täglich (TV, Handy, Tablet)? _____ Std., Anmerkungen:

Gibt es Auffälligkeiten im emotionalen Bereich oder Sozialverhalten? nein

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> trotzig | <input type="checkbox"/> aggressiv | <input type="checkbox"/> unruhig |
| <input type="checkbox"/> verträumt | <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> unkonzentriert | <input type="checkbox"/> verschlossen |
| <input type="checkbox"/> traurig | <input type="checkbox"/> kontaktarm | <input type="checkbox"/> impulsiv | |
| <input type="checkbox"/> andere _____ | | | |

Hat Ihr Kind feste Freunde, mit denen es spielt?

Wie verhält sich Ihr Kind mit anderen Kindern?

Haben Sie weitere Anmerkungen zur emotionalen Situation Ihres Kindes?

Stärken und Schwächen

Welche Stärken / positive Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind?

Welche Schwächen / negative Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind?

Angaben zur familiären Situation

	Vater	Mutter
Alter		
Schulabschluss		
erlernter Beruf		
aktuelle Tätigkeit		
Vorerkrankungen		

Sind die Eltern blutsverwandt? nein ja

	Geschwisterkind	Geschwisterkind	Geschwisterkind
Name			
Alter (Jahre)			
Schule			
Vorerkrankungen			

Wie schätzen Sie Ihre finanzielle Situation ein?

gut ausreichend nicht ausreichend

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen / Probleme, wie Sie bei Ihrem Kind vorliegen, in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? nein ja

Welche der folgenden Krankheiten sind in der engeren / weiteren Familie aufgetreten?

- | | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> verzögerte od. gestörte Sprachentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Autismus | <input type="checkbox"/> spastische oder andere Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Missbildungen | <input type="checkbox"/> geistiger Entwicklungsrückstand |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung / Blindheit | <input type="checkbox"/> Hörbehinderung / Taubheit |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Ekzem / Nesselsucht | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> andere _____ |

Nähere Angaben dazu: _____

Welche besonderen Belastungen gab oder gibt es nach Ihrer Einschätzung im Leben Ihres Kindes (z.B. Mobbing Erfahrungen, schwere Erkrankung oder Tod eines Familienangehörigen, Trennung ...)?

Bitte bringen Sie Folgendes zur Vorstellung mit

- Impfpass
- Gelbes U-Heft
- Vorbefunde
- Therapieberichte
- Versichertenkarte
- Überweisungsschein vom Kinderarzt

Falls Sie ein Anliegen haben, dass Sie nicht vor Ihrem Kind besprechen wollen, sprechen Sie unsere Ärzte und Therapeuten direkt darauf an.

Vielen Dank für das Ausfüllen und Ihre Mithilfe!

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

