

Name des Kindes \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_

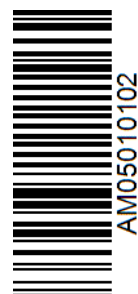
Vom SPZ auszufüllen:  
 Datum: \_\_\_\_\_  
 Gelesen: \_\_\_\_\_

**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> . <b>Falls ja</b> , bitte Name und Anschrift des Kinderarztes / einweisenden Arztes / etc. angeben: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja
<b>Hinweis:</b> 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. <b>Falls ja</b> , 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



<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>Terminreminder /-verschiebung</b>	
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
<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.)

Name des Kindes \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_

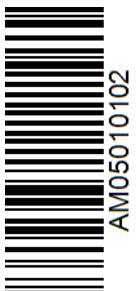
Vom SPZ auszufüllen:  
 Datum: \_\_\_\_\_  
 Gelesen: \_\_\_\_\_

**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.

<b>Datenübermittlung an Kinderarzt / Hausarzt / Facharzt / andere Einrichtung</b>	
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> .  <b>Falls ja</b> , bitte Name und Anschrift des Kinderarztes / einweisenden Arztes / etc. angeben:  _____  _____  _____	<input type="checkbox"/> ja
<b>Hinweis:</b> 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.	
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.  <b>Falls ja</b> , 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
<b>Fotodokumentation</b>	
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



<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>Terminreminder /-verschiebung</b>	
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
<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)

**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 \_\_\_\_\_

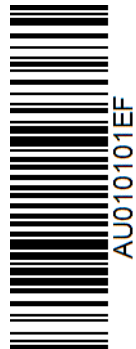
**Information about the parents / legal guardians**

	<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 \_\_\_\_\_



## 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
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> family relief services               | <input type="checkbox"/> domestic nursing              |
| <input type="checkbox"/> Family social worker („SPFH“) / help | <input type="checkbox"/> household help / neighborhood |
| <input type="checkbox"/> Support through social services      | <input type="checkbox"/> Educational advice center     |
| <input type="checkbox"/> 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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bleeding                            | <input type="checkbox"/> accident(s), surgery         |
| <input type="checkbox"/> high blood pressure                 | <input type="checkbox"/> premature labor              |
| <input type="checkbox"/> low movement of the fetus           | <input type="checkbox"/> heavy vomiting               |
| <input type="checkbox"/> mental distress, job stress         | <input type="checkbox"/> disease/infection with fever |
| <input type="checkbox"/> too much/too little amniotic liquor | <input type="checkbox"/> alcohol/cigarettes/drugs     |
| <input type="checkbox"/> radiation/x-ray                     | <input type="checkbox"/> diabetes                     |
| <input type="checkbox"/> thyroid problems/disease            | <input type="checkbox"/> other _____                  |
| <input type="checkbox"/> 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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> caesarian (sectio)                   | <input type="checkbox"/> pelvic presentation                     |
| <input type="checkbox"/> vacuum extraction / Forceps delivery | <input type="checkbox"/> birth of multiples (twins, triplets...) |
| <input type="checkbox"/> abnormality of baby's heart sounds   | <input type="checkbox"/> green amniotic fluid                    |
| <input type="checkbox"/> particularly long labor and/or birth | <input type="checkbox"/> particularly rapid labor/birth          |
| <input type="checkbox"/> 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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> too little movement                                   | <input type="checkbox"/> frequent spit-up/vomiting |
| <input type="checkbox"/> problems falling asleep or sleeping through the night | <input type="checkbox"/> colic /digestion problems |
| <input type="checkbox"/> crooked posture/asymmetries                           | <input type="checkbox"/> weak drinking             |
| <input type="checkbox"/> seizures, cramps                                      | <input type="checkbox"/> frequent choking          |
| <input type="checkbox"/> baby startled easily                                  | <input type="checkbox"/> unrest/frequent crying    |
| <input type="checkbox"/> 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
<b>ear specialist</b>				
<b>eye specialist</b>				
<b>EEG</b>				
<b>MRI/CT</b>				
<b>X.ray</b>				
<b>other:</b>				

## 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

- |                                  |                                    |                                     |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anxious | <input type="checkbox"/> defiant   | <input type="checkbox"/> aggressive | <input type="checkbox"/> restless  |
| <input type="checkbox"/> dreamy  | <input type="checkbox"/> depressed | <input type="checkbox"/> distracted | <input type="checkbox"/> withdrawn |
| <input type="checkbox"/> sad     | <input type="checkbox"/> lonely    | <input type="checkbox"/> impulsive  |                                    |
| <input type="checkbox"/> 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**

	<b>father</b>	<b>mother</b>
trained profession		
pre-existing medical conditions		

**Are the parents blood-related (e.g. cousins?)**       no       yes

	<b>Sibling</b>	<b>Sibling</b>	<b>Sibling</b>
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?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mental retardation                      | <input type="checkbox"/> spastic or other paralysis    |
| <input type="checkbox"/> seizures, cramps                        | <input type="checkbox"/> deformation                   |
| <input type="checkbox"/> retarded or disabled speech development | <input type="checkbox"/> hearing disability / deafness |
| <input type="checkbox"/> visual disability / blindness           | <input type="checkbox"/> Asthma/eczema/hives           |
| <input type="checkbox"/> mental disorder/illness                 | <input type="checkbox"/> autism                        |
| <input type="checkbox"/> cardiovascular disease                  | <input type="checkbox"/> 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!***

## 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



AM16020202