

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 - 1326
Fax: 0871 852-1440

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

Geschäftsführer:
Heiner Kelbel

Aufsichtsratsvorsitzender:
Landrat Peter Dreier

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000



Privatpatient Behandlungsvertrag

Patientenetikett

Information und Vertrag zur Behandlung, Abrechnung und Bezahlung der Quartalspauschale bei Versicherten einer Privaten Krankenkasse

Sehr geehrte, liebe Eltern,

wir bedanken uns für Ihr Vertrauen, dass Sie Ihr Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum Landshut (SPZ) betreuen lassen.

Im SPZ sind unterschiedliche Berufsgruppen unter meiner kinder- und jugendärztlichen Leitung vereint. Die verschiedenen Fachbereiche (Psychologen, Therapeuten und weitere unterschiedliche Fachdisziplinen) arbeiten Hand in Hand, um den individuellen Bedürfnissen Ihres Kindes gerecht zu werden.

Im Falle meiner Verhinderung werde ich vertreten von OÄ Fr. Maria Görg, OÄ Fr. Michaela Müller, OÄ Fr. Eva-Maria Ramisch, Facharzt Hr. Dr. Wolfgang Gamringer, Facharzt Hr. Dr. Markus Hofmann, Fachärztin Fr. Dr. Caterina Pöltenstein, Fachärztin Fr. Dr. Esther Koch, Fachärztin Fr. Dr. Dorothea Stübinger, Fachärztin i. W. Fr. Catherina Heuser, Fachärztin i. W. Fr. Theresa Nespor, Fachärztin i. W. Fr. Claudia Egger, Fachärztin i. W. Fr. Julia Becher, Fachärztin i. W. Fr. Julia Lieb, , Fachärztin i. W. Vanessa Stark, Fachärztin i. W. Veronica Spinu, Fachärztin in W. Fr. Bischoff Mareike, Fachärztin i. W. Fr. Trummer Isabel, Fachärztin i. W. Fr. Freiseis Anja, Fachärztin i. W. Hanna Lausmann, Fachärztin i. W. Claudia Bollmann, Fachärztin i. W. Elisabeth Ertl, Fachärztin i. W. Löffler Kim, Facharzt Schönecker Gregor, Fachärztin i. W. Ammann-Schnell Louisa, Fachärztin i. W. Meinhold Theresa

Sie sind bei einer privaten Krankenkasse versichert. Ab dem 1.10.2013 wurde die Art und Weise der Abrechnung für alle Krankenkassen vereinheitlicht und mit dem Verband der Privaten Krankenkassen (0221/9987-0) vertraglich vereinbart.

Anstelle der bisher praktizierten Abrechnung der einzelnen Leistungen wünschen die privaten Krankenversicherungen (PKV) eine pauschalierte Abrechnung, analog zu den gesetzlichen Krankenkassen (GKV), pro Quartal. Die mit allen Kassen vereinbarte Pauschale beträgt derzeit 706€ für alle erbrachten Leistungen pro Quartal. Dieser kann sich jährlich in Neuverhandlungen ändern. Gerne können Sie den aktuellen Pauschalbetrag bei uns erfragen oder einsehen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Christian Blank

Chefarzt SPZ, Neuropädiatrie

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

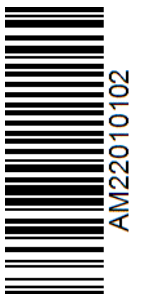
www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Heiner Kelbel

Aufsichtsratsvorsitzender:
Landrat Peter Dreier

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000



Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich als gesetzliche/r Vertreterin/er des Kindes mit der Behandlung im SPZ einverstanden. Ich erkläre mich zur persönlichen Kostenübernahme der jeweiligen Quartalspauschale bereit, falls meine Krankenversicherung die Kosten nicht oder nur anteilig übernimmt. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass das von mir und meinem Kind gemachte Foto ausschließlich in der Akte meines Kindes aufbewahrt wird.

Landshut, den _____

Unterschrift des Patienten	bei minderjährigen Patienten gesetzliche/r Vertreter	für das SPZ/Kinderkrankenhaus Name des/r Mitarbeiters/in
----------------------------	---	---

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Vom SPZ auszufüllen:

Datum: _____

Gelesen: _____

Declaration of consent data protection

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

This declaration toward the SPZ of the Children's Hospital St. Marien gGmbH can be taken back at any time to your desire and without needing to tell us a reason as to why you wish to take it back.

You can also refuse to fill out this declaration altogether.

In case of revocating this declaration no more informations regarding the children or parentes will be given out and everything will be stopped at once. This revocation is directed toward the SPZ of the Children's Hospital St. Marien GmbH.

Transfer of data toward pediatrician, family doctor, specilist, other facilites

I consent, that the SPZ of the Children's Hospital St. Marien gGmbH to sent the regarding information and letters (e.g. laboratory, EEG, genetic letters) toward the following doctors/facilities in order to receive additional treatment or for documentation.

☐ ja

Upon marking Yes, please not down the name of your pediatrician or the doctor that gave you the letter of referral:

☐ nein

Note: without this declaration that transform of important information regarding your pediatrician, family doctor, specialist or other facilites won't be possible. In this case the letter sent to you need to be transfered furhter in your own regards.

I consent, that the Children's Hospital is allowed to contact my pediatrician or family doctor regarding important documents that may be needed for any of my appointments. All documents will only be used for the purpose of finding the right diagnostic for my child.

☐ ja

Upon marking Yes, please mark the square regarding it

☐ Doctor/Facility noted above

☐ Another doctor/facility, please write down the name and adress

☐ nein

Photodokumentation

I constent until that my declaration is revocod by myself that a picture of my child will be kept within the file.

☐ ja

The picture will help with an easier identification of the patient for future appointments.

☐ nein

This picture will only remain within the file of the patient and won't be given to any third person outside this facility

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:
Heiner Kelbel

Aufsichtsratsvorsitzender:
Landrat Peter Dreier

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000



AM05010102

Contact	
I consent, that the Children's Hospital and its employees can call me regarding informations (e.g. appointments, therapy, letters, and so on) through the noted phone number. <u>Phone:</u> _____ _____	☐ ja ☐ nein
Via <u>Email</u> : Mother: _____ Father: _____	☐ ja ☐ nein
Appointment reminder/rescheduling	
I consent, that the Children's Hospital and its employees can call me regarding appointment reminders or to reschedule appointments. E-Mail: _____ ☐ see above:	☐ ja ☐ nein
Transfer of Data or insight into files	
I consent, that the SPZ, if needed, can transfer data or take insight into the files of the Children's Hospital in order to provide the outmost best treatment for my child. Upon marking yes, mark the following facilities that are regarded: ☐ Stationed Stay ☐ Ambulant ☐ Emergency ☐ MVZ	☐ ja ☐ nein
Other Data Transfer (e.g. interpreter, family helper, and so on)	
I consent, that important data can be transfered to the following noted people: _____ Regarding: _____ Transfer of Data toward the person that may will assist me in future appointments.	☐ ja ☐ nein

I was informed about the handout „duty to inform regarding the personal data“
 (handout also available in the waiting rooms within the SPZ House 1 and 2)

I can wish to receive a copy of this paper for my personal files.

Place, Datum

Signature oft the parent/legal guardian and the patient
(only needed if the patient is at the age of 14)

Anamnesebogen für Eltern-Obstipationssprechstunde

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 _____

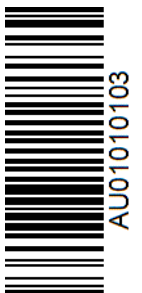
Angaben zu den Erziehungsberechtigten

	<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 _____



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:
Heiner Kelbel

Aufsichtsratsvorsitzender:
Landrat Peter Dreier

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

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!