

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

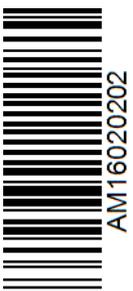
www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
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 Nespör, Fachärztin i. W. Fr. Claudia Egger, Fachärztin i. W. Fr. Julia Becher, Fachärztin i. W. Fr. Julia Lieb, , Fachärztin i. W. Vanessa Stark , 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 ab 01.07.25 734 € und ab 01.01.26 760 € 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 - 1325
Fax: 0871 852-1440

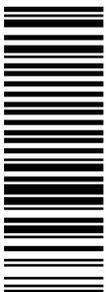
www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Heiner Kelbel

Aufsichtsratsvorsitzender:
Landrat Peter Dreier

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000



AM22010102

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
----------------------------	---	---

Kontaktaufnahme	
Ich willige ein, dass mich die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und seine Mitarbeiter wegen Inhalten, die im Zusammenhang mit der Behandlung meines Kindes stehen (Terminerinnerung /-verschiebung, Befundmitteilung, Therapieplanung, etc.), kontaktieren kann:	
A) per Telefon: <u>Telefonnummer/n (Festnetz und Handy):</u> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
B) per Email: <u>E-Mail-Adressen:</u> Mutter: _____ Vater: _____	<input type="checkbox"/> ja <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. 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"/> ja <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: <hr/> zum Zwecke: <hr/> übermittelt werden dürfen und dieser Person Auskunft erteilt werden darf.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Den Eltern wurde eine Kopie dieses Schreibens mitgegeben.

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).

Ort, Datum

Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter und des Patienten (ab 14 J.)



Anamnesebogen für Eltern-Allgemein

ausgefüllt am von

Liebe Eltern! Die folgenden Angaben, um die wir Sie bitten, sind freiwillig. Das Beantworten der nachstehenden Fragen erleichtert uns jedoch 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
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		

Angaben zum Sorgerecht

gemeinsame elterliche Sorge
 alleinige elterliche Sorge Mutter Vater
 andere

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
 - familienentlastender Dienst
 - sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)
 - Unterstützung Jugendamt
 - Koki
 - sonstiges
 - häusliche Krankenpflege
 - Haushaltshilfe / Nachbarschaftshilfe
 - Erziehungsberatungsstelle
 - Harlekin/Nachsorge

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

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? _____SSW

Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt? nein

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

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 Schwächen / 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, schwere Erkrankungen oder Tod eines Familienmitglieds, 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!