



Informationsblatt

Name des Kindes _____

Vom SPZ auszufüllen:

Geburtsdatum _____

Datum: _____

Gelesen: _____

Wichtige Informationen

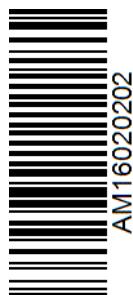
Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

- 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: _____



AM16020202



Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Vom SPZ auszufüllen:

Datum: _____

Gelesen: _____

Einwilligungserklärung Datenschutz

(Rechtsgrundlage: Art. 6 I lit a., 7 und 9 II lit. a DSGVO)

Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit gegenüber der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik 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 der Kinderklinik St. Marien. 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.

| | |
|--|--|
| Zugriff auf bestehende Patientendokumentation des SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH | |
| Ich willige ein, dass das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien meine vorhandenen medizinischen Behandlungsdaten und Patientenakten (einschließlich Befunde, Arztbriefe, Diagnosen, Therapie- und Abrechnungsdaten – sowohl in digitaler als auch papiergebundener Form), die im Rahmen meiner bisherigen Behandlung durch das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH erhoben wurden, einsehen, speichern, verarbeiten und für meine weitere medizinische Behandlung nutzen darf. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hinweis: Sofern Sie in die Nutzung Ihrer bestehenden Behandlungsdaten nicht einwilligen, dürfen diese Daten nicht durch uns eingesehen oder verwendet werden. Dies kann zur Folge haben, dass bereits vorhandene Befunde, Diagnosen, Vorbehandlungen und Therapieverläufe nicht berücksichtigt werden können, notwendige Untersuchungen oder Behandlungen erneut durchgeführt werden müssen und/oder eine kontinuierliche und vollständige medizinische Weiterbehandlung erschwert oder eingeschränkt ist. Die Entscheidung über Ihre Einwilligung hat keine rechtlichen Nachteile für Sie. | |
| Datenübermittlung an Kinderarzt / Hausarzt / Facharzt / andere Einrichtung | |
| Ich willige ein, dass das SPZ der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde (z.B. Labor, EEG, genetische Befunde) an folgenden Arzt / Einrichtung zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja , bitte Name und Anschrift des Kinderarztes / einweisenden Arztes / etc. angeben: _____ _____ | |
| Hinweis: 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 das SPZ der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien die bei meinem Kinderarzt / Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, die für meine aktuelle Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Die Daten werden nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt worden sind. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja , 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: _____ | |
| Ich willige ein, dass medizinische Befunde und Arztbriefe über den Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) elektronisch an die oben genannten Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden dürfen. Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt und gemäß den datenschutzrechtlichen Vorgaben. | <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 |
| Kontaktaufnahme | |
| Ich willige ein, dass mich das SPZ der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien und seine Mitarbeitenden wegen Inhalten, die im Zusammenhang mit der Behandlung meines Kindes stehen (Terminerinnerung /-verschiebung, Befundmitteilung, Therapieplanung, etc.), kontaktieren kann: | |
| A) per Telefon: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Telefonnummer/n (Festnetz und Handy): _____ | |
| B) per Email: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Mutter: _____ | |
| Vater: _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| Darüber hinaus stimme ich der Kontaktaufnahme in Bezug auf die Teilnahme an medizinischen Studien / Forschungen (auch nach abgeschlossener Behandlung) zu. Diese erfolgt unter den zuvor angegebenen Kontaktadressen. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Datenübermittlung und -einsicht LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien | |
| Ich willige ein, dass das SPZ der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien, sofern erforderlich, Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der optimierten Diagnostik und Behandlung an die LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien übermitteln und entsprechende Behandlungsdaten und Befunde der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien einsehen darf. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja, für folgende Abteilungen: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Aufenthalte <input type="checkbox"/> Ambulanzen <input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> MVZ | |
| Sonstige Datenweitergabe (z.B. Dolmetscher, Familienhelfer, etc.) | |
| Ich willige ein, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die von mir benannte Person: _____ zum Zwecke: _____ | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| übermittelt werden dürfen und dieser Person Auskunft erteilt werden darf. | |
| Kopie dieser Einwilligung | |
| Ich wünsche eine Kopie dieser Einwilligungserklärung. | <input type="checkbox"/> ja <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).

Ort, Datum

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



Anamnesebogen für die Elternsprechstunde

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 Erziehungsberechtigen

Mutter

Vater

Vor- und Zuname _____

geboren am _____

Staatsangehörigkeit/Herkunft _____

Festnetz _____

Mobil _____

 verheiratet Lebensgemeinschaft getrennt geschieden verwitwet

Angaben zum Sorgerecht

 gemeinsame elterliche Sorge alleinige elterliche Sorge Mutter Vater andere _____

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

Werden weitere Einrichtungen besucht oder Angebote wahrgenommen?
z.B. Koki, SPFH, Jugendhilfe, Krabbelgruppen, Mütterzentren, Pekip-Gruppen

Vorgeschichte / Allgemeines

Schwangerschaft und Geburt

Hatten Sie Fehlgeburten / Totgeburten?

nein

falls ja, wann / wie viele

Haben Sie reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen? nein

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

In welcher Klinik haben Sie entbunden?

Gab es Komplikationen bei der Schwangerschaft oder Geburt?

nein

falls ja, welche

Bitte geben Sie die Körpermaße Ihres Kindes bei Geburt an.

(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

falls ja, in welche und warum _____

Säuglingszeit

Machte Ihnen in den ersten Lebensmonaten etwas 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 _____ (Wochen/Monate/Jahre)

Impfungen, Erkrankungen und Medikamente

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

War Ihr Kind bisher ernsthaft erkrankt? Hatte es Operationen oder Unfälle oder lag es aus anderen Gründen im Krankenhaus? nein

Falls ja, bitte nennen Sie den Grund,
das Krankenhaus und den Zeitraum

Nahm oder nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein

Falls ja, welche und in welchem
Zeitraum / seit wann

Ernährung

Wie gestaltet sich die Ernährung Ihres Kindes?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stillen | <input type="checkbox"/> Flasche |
| <input type="checkbox"/> Brei | <input type="checkbox"/> Familienkost |
| <input type="checkbox"/> Selbstständiges Essen | <input type="checkbox"/> Füttern |
| <input type="checkbox"/> Sondieren | |

Hat Ihr Kind Probleme mit der Ernährung, Gewichtsentwicklung oder Verdauung? nein

Falls ja, welche

Schlaf

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten im Schlafverhalten? nein

Falls ja, welche

Schlafenszeiten 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

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

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

Entwicklung (soweit zutreffend)

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

- Krabbeln _____
- Frei zu laufen _____
- erste Wörter _____
- erste Zweiwort Sätze _____
- keine Windel am Tag _____
- keine Windel in der Nacht _____

Mein Kind beschäftigt sich gerne mit _____

Mein Kind wird vorwiegend versorgt von _____

Weitere wichtige Bezugspersonen _____

Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen _____

War das Kind längere Zeit von der Mutter/ den Eltern getrennt?

nein

Wenn ja, wie lange? Insgesamt _____ (Wochen/Monate/Jahre)

Therapien und Untersuchungen

Wurde Ihr Kind bisher bzw. wird aktuell therapiert?

nein

Falls ja, wann und in welcher Form _____

Bitte auch vorliegende Berichte und Befunde vorzeigen. _____

Haben bisher schon Untersuchungen stattgefunden? Augenarzt, HNO etc. nein

Falls ja, welche _____

Bitte auch vorliegende Berichte und Befunde vorzeigen. _____

Angaben zur familiären Situation

Bitte teilen Sie uns folgende Angaben mit.

| | <i>Mutter</i> | <i>Vater</i> |
|---------------------------|---------------|--------------|
| Alter | _____ | _____ |
| Schulabschluss | _____ | _____ |
| erlernter Beruf / Studium | _____ | _____ |
| aktuelle Tätigkeit | _____ | _____ |
| Vorerkrankungen | _____ | _____ |
| | _____ | _____ |
| | _____ | _____ |

Sind die Eltern blutsverwandt?

nein ja

Hat Ihr Kind Geschwisterkinder? Falls ja, bitten wir um weitere Angaben nein

| | Name | Alter | Schule | Vorerkrankungen |
|---|------|-------|--------|-----------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

Hier ist Platz für weitere Informationen zur Familie, die Ihnen wichtig erscheinen.

z.B. Halbgeschwister, Adoptiv-/Pflegekinder

Wie schätzen Sie Ihre finanzielle Situation ein?

gut ausreichend nicht ausreichend

Selbsteinschätzung der momentanen Familiensituation

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



Wie fühlen Sie sich in der Rolle als Eltern?

Hier ist Raum für zusätzliche Angaben / Bemerkungen.

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!**