



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 vorhanden 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 <u>Behandlungsdaten und Befunde</u> (z.B. Labor, EEG, genetische Befunde) an folgenden Arzt / Einrichtung zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung <u>übermittelt</u> .	<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 <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.	<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 <u>Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen)</u> 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 Kontaktdaten.	<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:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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 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 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 _____

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- & Jungendpsychiater
- (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 |
| <input type="checkbox"/> Koki | <input type="checkbox"/> Harlekin/Nachsorge |
| <input type="checkbox"/> sonstiges | |

Vorgeschichte / Allgemeines**Schwangerschaft und Geburt**

Hatten Sie Fehlgeburten/Totgeburen? 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"/> fieberrhafte 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

Schlafzeiten 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, 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!***