



Informationsblatt

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Vom SPZ auszufüllen:

Datum: _____

Gelesen: _____

Wichtige Informationen

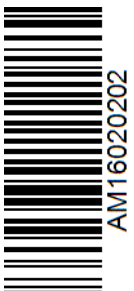
Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

- 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: _____





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.

☐ ja

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.

☐ nein

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.

☐ ja

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.

☐ nein

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.

☐ ja

Falls ja, bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen und ggf. ergänzen.

☐ siehe Arzt / Einrichtung unter Nr. 1

☐ anderer/weiterer Arzt / Einrichtung, bitte Name und Anschrift angeben:

☐ nein

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.

☐ ja

☐ nein



AM05010102

Fotodokumentation	
Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass von meinem Kind und mir ein Foto gemacht wird. Dies dient der leichten Identifikation bei Fallbesprechungen. Das Foto wird ausschließlich in der Patientenakte aufbewahrt.	☐ ja
	☐ 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:	☐ ja
Telefonnummer/n (Festnetz und Handy): _____	☐ nein
B) per Email:	☐ ja
Mutter: _____	☐ nein
Vater: _____	
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.	☐ ja
	☐ 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. Falls ja, für folgende Abteilungen: ☐ Stationäre Aufenthalte ☐ Ambulanzen ☐ Notaufnahme ☐ MVZ	☐ ja
	☐ nein
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: _____ übermittelt werden dürfen und dieser Person Auskunft erteilt werden darf.	☐ ja
	☐ nein
Kopie dieser Einwilligung	
Ich wünsche eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.	☐ ja
	☐ 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-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 _____



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!