

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

zur Vorstellung des Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum möchten wir Sie bitten, beiliegenden Fragebogen auszufüllen. Bitte füllen Sie den Anmeldebogen möglichst vollständig aus. Beachten Sie, dass auf Seite 2 Fragestellung, Stempel und Unterschrift vom Kinderarzt erforderlich sind. Bitten Sie ihn, diesen Bereich auszufüllen und Ihnen zurückzugeben. Nur mit den vollständigen Angaben und Unterschriften können wir Ihren Anmeldebogen bearbeiten und einen Termin vergeben.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Anmeldebogen an: SPZ Esslingen, Hirschlandstr. 97, 73730 Esslingen. Wir bitten um Verständnis, dass wir keine Eingangsbestätigungen versenden können.

Wenn die Unterlagen bei uns eingegangen sind, setzen wir uns mit Ihnen bezüglich der Terminvereinbarung in Verbindung.

Termine werden in Abhängigkeit der Fragestellung bzw. des Krankheitsbildes und der Verfügbarkeit eines freien Termins vergeben. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass trotz aller Bemühungen unsererseits aufgrund des hohen Patientenaufkommens mit Wartezeiten zu rechnen ist.

Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um möglichst baldige Rückmeldung an unser Sekretariat. So können wir nach einem neuen Termin schauen und den frei gewordenen Termin an ein anderes Kind vergeben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! – Ihr SPZ-Team

Auftrag zur Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum Esslingen

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung von

_____ (Name, Vorname des Kindes)

_____ (Geburtsdatum des Kindes)

im Sozialpädiatrischen Zentrum Esslingen einverstanden sind.

Mit meiner / unserer Unterschrift erkläre(n) ich / wir, für den Patienten / die Patientin personensorgeberechtigt zu sein und auch im Einverständnis einer etwaig weiteren sorgeberechtigten Person zu handeln.

Hinweis: Ohne Unterschrift ist eine Untersuchung des Kindes im SPZ aus rechtlichen Gründen nicht möglich.

Bei Pflegeverhältnis: Ich bin / wir sind einverstanden, dass die Pflegeeltern das oben genannte Kind zur SPZ-Vorstellung begleiten und ein Austausch von ärztlichen / fachlichen Informationen mit den Pflegeeltern erfolgt.

Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestellsurkunde bei.

X

_____ (Ort, Datum)

_____ (Name und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

X

_____ (Ort, Datum)

_____ (Name und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

Einverständniserklärung und Datenschutz:

Mit Abgabe dieses Anmeldebogens erkläre ich mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme und Weiterverarbeitung einverstanden. **ja** / **nein**

Ich bin damit einverstanden, dass Behandlungsdaten und Befunde in einer fachübergreifenden (interdisziplinären) Krankenakte zusammengeführt und archiviert werden. Somit haben alle an der Behandlung beteiligten Ärzte und Therapeuten Zugriff auf die Krankenakte, sofern es für die Behandlung erforderlich ist. **ja** / **nein**

Ich bin damit einverstanden, dass dies auch in digitalisierter Form der Fall ist (Digitale Akte). **ja** / **nein**

Bitte beachten Sie, dass zur Terminplanung ein externer Anbieter genutzt wird (Doctolib). Die Möglichkeit einer Online-Terminvereinbarung besteht im SPZ jedoch nicht. Für die Durchführung der Terminplanungen gelten die Datenschutzerklärung und Datenschutzbestimmungen von Doctolib, einzusehen unter www.doctolib.de

Ich bin damit einverstanden, über diesen Anbieter Erinnerungen an einen geplanten Termin per SMS und / oder E-Mail zu erhalten. **ja** / **nein**

Die Datenschutzerklärung (siehe Link auf unserer Internetseite oder Aushang im SPZ) habe ich gelesen und akzeptiere ihre Bestimmungen. **Diese Einverständniserklärung erfolgt auf freiwilliger Basis und sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.** Mit dem Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich per E-Mail an: spz@klinikum-esslingen.de richten oder per Post an: SPZ Esslingen, Hirschlandstr. 97, 73730 Esslingen.

X

(Ort, Datum)

(Name und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

X

(Ort, Datum)

(Name und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

Schweigepflichtentbindung für das Sozialpädiatrische Zentrum Esslingen

Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns damit einverstanden, dass Auskünfte über:

_____ (Name, Vorname des Kindes)

_____ (Geburtsdatum des Kindes)

von den Mitarbeitern des Sozialpädiatrischen Zentrums:

von
folgenden
Personen/
Institutionen
eingeholt
werden
dürfen (*)

an folgende
Personen/
Institutionen
**weiterge-
geben**
werden
dürfen (*)

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Einweisender Arzt (falls nicht gewünscht, bitte durchstreichen)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychotherapeut / Psychologe:..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sozialer Dienst (Name + Ort):..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Interdisziplinäre Frühförderstelle:..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonderpädagogische Frühförderung:..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beratungsstelle:..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kindergarten:..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schule:..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

(*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Dadurch entbinde ich / entbinden wir die Mitarbeiter des SPZ sowie die an der Behandlung des oben genannten Kindes beteiligten Fachkräfte der angekreuzten Institutionen wechselseitig von der Schweigepflicht.

Mit meiner / unserer Unterschrift erkläre(n) ich / wir, für den Patienten / die Patientin personensorgeberechtigt zu sein und auch im Einverständnis einer etwaig weiteren sorgeberechtigten Person zu handeln.

Bei Pflegekindern: Unterschrift des gesetzlichen Vormundes / des Inhabers der Gesundheitsfürsorge.

Diese Einverständniserklärung erfolgt freiwillig, sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Widerrufserklärung ist an den verantwortlichen Arzt / die Ärztin zu richten, der Sie über die Folgen eines Widerrufs aufklärt. Ihr Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

X

_____ (Ort, Datum)

_____ (Name und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

X

_____ (Ort, Datum)

_____ (Name und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

ELTERNFRAGEBOGEN SPZ ESSLINGEN

Name und Vorname des Kindes: _____

Geboren am: _____ in: _____

Krankenkasse: _____

Familienstand: Eltern zusammenlebend getrennt lebend, seit: _____
 leibliches Kind adoptiert Pflegekind

Bei wem lebt das Kind? mit beiden Eltern bei der Mutter bei dem Vater
 bei Pflegeeltern Heim Sonstige: _____

Wer hat das Sorgerecht? beide Eltern nur Mutter nur Vater
 Amtsvormund Sonstige: _____

Wurde die Gesundheitsfürsorge auf andere Personen übertragen?

nein ja, auf: _____
(Name, Vorname der Gesundheitsfürsorge-berechtigten Person)

Kontaktdaten Mutter:

(Name + Vorname der Mutter)

(Adresse der Mutter)

(Telefon, E-Mail)

Kontaktdaten Vater:

(Name + Vorname des Vaters)

(Adresse des Vaters)

(Telefon, E-Mail)

Kontaktdaten Amtsvormund/Heim/Sonstige:

(Name + Vorname des Vormunds)

(Adresse des Vormunds)

(Telefon, E-Mail)

Der Bogen wurde ausgefüllt von: _____ am: _____

Von wem wurde die SPZ-Vorstellung empfohlen? _____

Was macht Ihnen Sorgen beim Kind und weshalb möchten Sie in das SPZ kommen?

- Verhalten geistige Entwicklung motorische Entwicklung Sprachentwicklung Schlafen
 Schulleistungen Erziehung Hör- und Sehvermögen Fehlbildungen Ernährung
 Wachstum / Körperbau Sauberkeitsentwicklung Anfälle Sonstiges:

Medizinische Fragestellung (vom überweisenden Kinderarzt auszufüllen):

Datum, Praxisstempel

Ohne die Bestätigung des Kinderarztes kann kein Vorstellungstermin im SPZ vereinbart werden.

Wurde das Kind deswegen schon an anderer Stelle untersucht oder behandelt?

(z. B. in einem anderen SPZ, Interdisziplinäre Frühförderstelle, Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz)?

nein ja: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Wurden bei dem Kind bereits Untersuchungen durchgeführt? (Bitte legen Sie ggf. Kopien der Arzt-/Befundberichte bei.)

Hörtest/HNO: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Hörgerät(e) ja / nein _____
(Ergebnis)

Sehtest/Augenarzt: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Brille ja / nein _____
(Ergebnis)

EEG: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

(Ergebnis)

Röntgen/MRT/CT: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

(Ergebnis)

Sonstiges: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

(Ergebnis)

War das Kind schon schwer krank oder hat es eine chronische Erkrankung?

nein ja, folgende: _____

Behandelnde Kliniken (ambulant oder stationär) (Bitte legen Sie ggf. Kopien der Arzt-/Befundberichte bei.)

nein ja, folgende: _____

Eingriffe / Operationen? (Bitte legen Sie ggf. Kopien der Arzt-/Befundberichte bei.)

nein ja, folgende: _____

Medikamente?

nein ja, folgende: _____

Allergien / Unverträglichkeiten?

nein ja, folgende: _____

Schwangerschaft	
Gab es Komplikationen oder Besonderheiten in der Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, folgende:	
<input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> seelische Belastung	
<input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infektionen <input type="checkbox"/> Sonstiges (Operationen, Unfälle...):	
Medikamente:	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, welche:
Alkohol:	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, wieviel:
Rauchen:	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, wieviel:
Drogen:	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, welche:

Geburt			
Anzahl der Schwangerschaften:		Fehlgeburten?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, Anzahl: <input type="text"/> Jahr: <input type="text"/>
Wurde die Schwangerschaft durch medizinische Maßnahmen herbeigeführt?		<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, welche:	
Wo wurde das Kind geboren?		<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Klinik:	
In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt?			
Bestand eine Zwillings-/Mehrlingsschwangerschaft?		<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja	
Wie erfolgte die Entbindung?			
<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Geburtszange <input type="checkbox"/> medikamentöse Einleitung			
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt, Grund:			
Gab es Komplikationen? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
<input type="checkbox"/> Querlage <input type="checkbox"/> Gesichtslage <input type="checkbox"/> Beckenendlage <input type="checkbox"/> vorzeitiger Blasensprung <input type="checkbox"/> grünes Fruchtwasser			
<input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung <input type="checkbox"/> Fehlende Nachgeburt <input type="checkbox"/> Störung der kindlichen Herztöne			
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

Fragen zum Neugeborenen					
Gab es Schwierigkeiten in den ersten Lebenstagen? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/> Atemstörung <input type="checkbox"/> Trinkschwäche <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Infektionen <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Sonstiges:					
Geburtsgewicht (in Gramm)	Körperlänge (in cm)	Kopfumfang (in cm)	Asphyxie-Index (APGAR-Werte)		Nabelschnur-pH

Frühkindliche Entwicklung (Wann hat Ihr Kind die folgenden Fähigkeiten erlernt?)			
Alter		Alter	
Greifen:		erste Worte:	
Drehen:		erste 2-Wort-Sätze:	
Robben:		Aussprache:	<input type="checkbox"/> deutlich / <input type="checkbox"/> undeutlich
Krabbeln:		schnell neue Worte dazugelernt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
freies Sitzen:		tagsüber trocken:	
Hochziehen zum Stand:		nachts trocken:	
freies Laufen:		Einnässen/Einkoten tritt noch auf:	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, ca. x/Mo.

Kindergarten (Bitte legen Sie ggf. Kopien der Entwicklungsberichte bei.)			
		Name der Einrichtung	von wann bis wann
Kinderkrippe:			
Regelkindergarten:			
Integrativer / Förderkindergarten:			
Betreuungsstunden pro Tag:		Anzahl der Kinder in der Gruppe:	
		Integrationshilfe?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja
Gab es Probleme bei der Eingewöhnung? Verhaltensprobleme? Sonstige Probleme? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, folgende:			

Schule (Bitte legen Sie ggf. Zeugniskopien bei.)			
Wurde das Kind bereits eingeschult? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, in welchem Jahr:			
Wurde das Kind von der Einschulung zurückgestellt? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, weil:			
		Name der Einrichtung	von wann bis wann
Grundschule:			
Förderschule:			
Weiterführende Schule:			
Welche Klasse?		Hat das Kind eine Klasse wiederholt? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, welche Klasse:	
Ganztagesbetreuung?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja	Anzahl Kinder in der Klasse:	
		Schulbegleitung?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja
Gibt es Leistungsprobleme? Verhaltensprobleme? Sonstige Probleme? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
Die schulischen Leistungen sind besonders gut in:			
Die schulischen Leistungen sind nicht so gut in:			

Förderung / Therapie (Bitte legen Sie ggf. Kopien der Therapieberichte bei.)

Sprachförderung: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Logopädie: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Physiotherapie: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Ergotherapie: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Heilpädagogik: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Psychomotorik: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Erziehungsberatung: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Psychotherapie: _____
(Name der Einrichtung und Datum der Vorstellung)

Hat das Kind Hilfsmittel? nein ja, folgende: _____

Hat das Kind einen Schwerbehindertenausweis? nein ja, GdB: _____

Merkzeichen: B G aG H RF BI GI TBI

(Falls vorhanden: Bringen Sie bitte den Schwerbehindertenausweis zum Termin mit)

Hat das Kind einen Pflegegrad? nein ja, Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Ernährung / Verdauung

Wurde das Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja - wieviel Monate:
Stillschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, welche:
Besonderheiten bei der Ernährung? (z. B. Saugen, Schlucken, Kauen, Speichelfluss, Ablehnung grober Kost, Neigung zum Erbrechen)	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, welche:
Leidet das Kind unter Verstopfung?	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja

Freizeit

Womit beschäftigt sich das Kind in seiner Freizeit?

Medienkonsum: nein / ja: TV / Handy / PC/Laptop / Spielekonsole **Stunden pro Tag:** _____

Besucht das Kind Gruppenaktivitäten?

Welche besonderen Stärken, Begabungen oder Interessen hat das Kind?

Angaben zu den Eltern			
Mutter			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Schulabschluss:			
Berufsausbildung:			
Aktuell ausgeübter Beruf:		Arbeitsumfang	%
Herkunftsland:			
Muttersprache:			
Deutschkenntnisse:			
Sonstige Sprachkenntnisse:			
Chron. Erkrankungen / Beschwerden:			
Vater			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Schulabschluss:			
Berufsausbildung:			
Aktuell ausgeübter Beruf:		Arbeitsumfang	%
Herkunftsland:			
Muttersprache:			
Deutschkenntnisse:			
Sonstige Sprachkenntnisse:			
Chron. Erkrankungen / Beschwerden:			

Geschwisterkinder						
m ♂	w ♀	Name weiterer Kinder (auch verstorbene Kinder)	Geburtsdatum	Auffälligkeiten / chronische Erkrankungen	Leibliches Kind von:	
					Mutter	Vater
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gibt es chronische Erkrankungen oder ähnliche Beschwerden in der Verwandtschaft?

nein / ja, folgende: _____

Vielen Dank fürs Ausfüllen! – Ihr SPZ-Team