

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](http://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](mailto: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 ZUR WIEDERVORSTELLUNG 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 erneute SPZ-Vorstellung empfohlen? \_\_\_\_\_

**Was macht Ihnen aktuell Sorgen beim Kind und weshalb möchten Sie erneut 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: \_\_\_\_\_

<b>Kindergarten</b> (Bitte legen Sie ggf. Kopien der Entwicklungsberichte bei.)			
	<b>Name der Einrichtung</b>		<b>von wann bis wann</b>
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:			

<b>Schule</b> (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:				
	<b>Schulform</b>		<b>Name der Einrichtung</b>	<b>von wann bis wann</b>
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.)

<input type="checkbox"/> Sprachförderung:	_____
	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Logopädie:	_____
	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Physiotherapie:	_____
	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Ergotherapie:	_____
	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Heilpädagogik:	_____
	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Psychomotorik:	_____
	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung:	_____
	(Name der Einrichtung <u>und</u> Datum der Vorstellung)
<input type="checkbox"/> Psychotherapie:	_____
	(Name der Einrichtung <u>und</u> 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**

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			
<b>Mutter</b>			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Schulabschluss:			
Berufsausbildung:			
Aktuell ausgeübter Beruf:		Arbeitsumfang	%
Herkunftsland:			
Muttersprache:			
Deutschkenntnisse:			
Sonstige Sprachkenntnisse:			
Chron. Erkrankungen / Beschwerden:			
<b>Vater</b>			
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
○	○				○	○
○	○				○	○
○	○				○	○
○	○				○	○
○	○				○	○

Gibt es chronische Erkrankungen oder ähnliche Beschwerden in der Verwandtschaft?

nein /  ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank fürs Ausfüllen! – Ihr SPZ-Team**