

Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig

Ärztliche Leitung: Dr. med. Susann Fischer

SPZ Leipzig, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig | Tel.: 0341 98469-0 | E-Mail: spz@fhle.de

FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IM SPZ LEIPZIG

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen, soweit es Ihnen möglich ist, aus. Wir bedanken uns schon an dieser Stelle für Ihre Mitarbeit.

Bitte beachten Sie die zu leistenden Unterschriften auf S. 9 sowie auf dem Formblatt „Einverständniserklärung“.

Name, Vorname des Kindes:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer:

Gemeinde, Stadt, Landkreis:

Telefonnummer:

E-Mail:

Familiensprache:

Sorgeberechtigte:

Mutter

Vater

Pflege-u. Adoptiveltern

Vormund (wer?):

Adoptivkind, seit wann in der Familie:

Pflegekind, seit wann :

Abweichende Wohnform:

Wohngruppe

Kinderheim

Bei Kindern, die nicht dauerhaft bei den leiblichen Eltern leben und lebten, bei Pflege- und Adoptivkindern bitte das Formular "Unterbringung von Kindern außerhalb des leiblichen Elternhauses" ausfüllen.

Dieses Formular finden Sie separat auf unserer Homepage.

Angaben zu den Eltern

	Vater	Mutter	Pflege-/ Adoptiveltern
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Schulabschluss			
erlernter Beruf			
ausgeübte Tätigkeit			
Anschrift (falls von o.g. Anschrift abweichend)			
Familienstand			

Angaben zu Geschwistern

Name	Vorname	Geburtsdatum	Pat. im SPZ
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gibt es körperliche oder psychische Erkrankungen in der Familie?

Angaben zur Kranken- und Rentenversicherung

Krankenkasse:

versichert seit:

Über wen ist das Kind versichert:

Rentenversicherungsträger: DRV Bund DRV Mitteldeutschland andere
Rentenversicherungsnummer:

Überweisender Kinderarzt:

(Name, Anschrift):

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

ja, Grad d. Behinderung:

Merkzeichen:

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? ja, Grad: nein

Angaben zum Kind

Weshalb möchten Sie Ihr Kind im SPZ vorstellen? (Eine kurze Beschreibung ist dringend erforderlich.)

Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

Welches sind die Stärken Ihres Kindes?

In welchem Bereich bestehen Schwierigkeiten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Körperkoordination/Bewegung | <input type="checkbox"/> Wachstum/Körperbau |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Sprache | <input type="checkbox"/> Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Hör- und Sehvermögen | <input type="checkbox"/> Schulleistungen |
| <input type="checkbox"/> familiäre Probleme | |
| <input type="checkbox"/> anderes: | |

Seit wann?

Wer hat Ihnen zur Vorstellung im SPZ geraten?

Angaben zur Schwangerschaft und Geburt

Die wievielte Schwangerschaft ist dies?

Gab es Fehlgeburten: Ja Nein

Wurde während der Schwangerschaft folgendes eingenommen/konsumiert: ja nein

Wenn ja,

Nikotin

Alkohol

Drogen

Medikamente

welche:

Sonstiges:

Gab es Besonderheiten? ja nein

Wenn ja, welche?

Gab es eine Mehrlingsschwangerschaft?: ja nein

Wie verlief die Schwangerschaft?

Normal

Schwangerschaftsvergiftung

vorzeitige Blutungen/Wehen

Besonderheiten:

Wie verlief die Geburt?

spontan

Kaiserschnitt

Saugglocke/ Zange

Sonstiges

Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht U1: _____ g Länge: _____ cm

Kopfumfang: _____ cm Apgar: ____/____/____ ph: _____

Gab es Komplikationen nach der Geburt: ja nein

Wenn ja, welche:

War die Verlegung in eine Kinderklinik oder Neonatologie notwendig: ja nein

Wenn ja, wohin:

Warum:

Wie lange stationär?

Wurde das Kind gestillt? ja, _____ Monate nein

Bitte tragen Sie, wenn möglich Größe, Gewicht und Kopfumfang unter Benutzung des Vorsorgeheftes ein

	Datum	Gewicht	Kopfumfang	Alter	Größe
U2					
U4					
U5					
U6					
U7					
U7a					
U8					
U9					

Angaben zum bisherigen Entwicklungsverlauf

Bewegung

Wann konnte Ihr Kind:

Krabbeln: mit _____ Monaten
 Sitzen: mit _____ Monaten
 Stehen: mit _____ Monaten
 Laufen: mit _____ Monaten

Sprache

Erste Worte im Alter von: _____ Monaten

Bestehen Sprachauffälligkeiten: ja nein

Ist Ihr Kind in der Lage, kleine Aufträge zu verstehen und zu erfüllen?

ja nein

Selbständigkeit

Wann war Ihr Kind trocken?

tagsüber seit:

nachts seit:

Verhalten/Emotionen

Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgendes?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schüchternheit | <input type="checkbox"/> Störung des Essverhaltens |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> starke motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> übermäßige Ängstlichkeit |
| <input type="checkbox"/> soziale Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Traurigkeit |
| <input type="checkbox"/> starke/r Trotz, Wut, Unwillen | <input type="checkbox"/> auffälliges Spielverhalten |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationschwäche | |
| <input type="checkbox"/> anderes: | |
-

Wo und wann treten die Probleme am häufigsten auf?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> zu Hause | <input type="checkbox"/> in der Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Schule | |

Angaben zum Kindergarten oder Schulbesuch Ihres Kindes

Welche der folgenden Einrichtungen besucht Ihr Kind?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte seit: | <input type="checkbox"/> integrative Kindertagesstätte |
| <input type="checkbox"/> Grundschule seit: | <input type="checkbox"/> Förderbedarf: _____ |
| <input type="checkbox"/> weiterführende Schule | |

Es wurde die _____ Klasse wiederholt.

Name und Adresse der aktuellen Einrichtung:

Angaben zu Krankheiten Ihres Kindes

Bisherige Erkrankungen

	Wann
Kinderkrankheiten	
Chronische Erkrankungen	
Ohrenerkrankungen	
Bronchitis/Lungenerkrankungen	
Epilepsie	
Andere	

Krankenhausaufenthalt: ja nein

Wenn ja, wann, wo und weshalb:

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? ja nein

Falls Ja, seit wann und welche?

Angaben zu den bisher aufgesuchten Ärzten, Therapeuten oder Erziehungsberatungsstellen

Bitte bringen Sie vorliegende Befunde mit.

	Name	Adresse	Wann
Kinderarzt			
HNO-Arzt			
Augenarzt			
Humangenetik			
Orthopäde			
EEG			
MRT/CT			
Frühförderstelle			
Erziehungsberatungsstelle			
Psychologe/ Psychotherapeut			
Schulpsychologe			

Wurde ihr Kind bereits an anderer Stelle getestet (z.B. Schulpsychologe, Gesundheitsamt, etc.)?

ja nein

Falls ja, wann und wo:

Erhält oder erhielt Ihr Kind bereits Therapien/ spezielle Förderungen?

	Adresse	Von - Bis	Liegen Befunde vor, bitte ankreuzen und mitbringen
Physiotherapie			
Ergotherapie			
Sprachtherapie			
Frühförderung/Heilpädagogik			
Psychotherapie			
Erziehungsberatung			
Nachhilfe			

Hat Ihr Kind Hilfsmittel? ja nein

Falls ja, welche?

- Brille
 - Hörgeräte
 - Orthesen/Einlagen
 - Rollstuhl
 - Talker / UK
 - andere:
-

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Anlage zum Fragebogen: Bitte mit Fragebogen an das SPZ LEIPZIG zurücksenden!

Liebe Eltern, aufgrund des Patienten-Rechte-Gesetzes sind wir angehalten, Sie im Vorfeld über Ihre Rechte und Mitwirkungspflichten zu informieren. Sollten Sie Fragen zu den einzelnen Punkten haben oder etwas für Sie nicht zutreffen, dann kann dies gerne auch zum Zeitpunkt der Vorstellung im SPZ LEIPZIG in einem gemeinsamen Gespräch geklärt werden.

Klärung der Sorgeberechtigung

Die Untersuchung eines Kindes im SPZ LEIPZIG darf aus rechtlichen Gründen nur in Begleitung oder mit dem Einverständnis aller Sorgeberechtigten stattfinden.

Falls für die Sorgeberechtigung eine Vormundschaft besteht, legen Sie bitte eine Kopie der Bestallungsurkunde bei.

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte(r) damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im SPZ LEIPZIG zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.

Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir dem SPZ LEIPZIG umgehend mit.

Ort/Datum /Vorname/Familiename in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en
des/der Sorgeberechtigten

Datenschutzbestimmungen

Bitte beachten Sie unsere Datenschutzbestimmungen, da ohne Zustimmung keine Behandlung erfolgen kann. Die Datenschutzbestimmungen und Einverständniserklärungen wurden Ihnen mit dem Fragebogen ausgehändigt.

Zudem finden Sie das Formblatt zur Einverständniserklärung sowie die aktuellen Datenschutzbestimmungen unter: <https://fhle.de/sozialpaediatrisches-zentrum/anmeldung-fragebogen/>.

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter des SPZ LEIPZIG und die nachfolgend genannte Person/Institution gegenseitig von der Schweigepflicht, was den Austausch von Behandlungsdaten und Berichten mit einschließt.

Institution	Name / Adresse
Klinik	
Ärzte	
Gesundheitsamt	
Jugendamt	
Therapeuten	
Psychologe	
Kita	
Schule	

Name, Vorname des Kindes: _____

Einverständniserklärung

Datenschutzbestimmungen

Wenn Sie bei uns Patient sind oder werden wollen verarbeiten wir Ihre Daten entsprechend unserer Datenschutzbestimmungen.

- Hiermit erkläre ich, dass ich die Datenschutzbestimmungen gelesen habe und mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.
- Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Verarbeitung meiner Daten nicht einverstanden bin. Eine Behandlung kann dann nicht stattfinden.

Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten oder des Vormunds

Bild- und Videoaufnahmen Patientenakte

Zur Erleichterung der Arbeit unseres Teams können wir ein Bild des Patienten anfertigen und in der Patientenakte hinterlegen.

- Hiermit erkläre ich, dass ich die Datenschutzbestimmungen gelesen habe und mit einem Bild in der Patientenakte einverstanden bin.
- Hiermit erkläre ich, dass ich kein Bild in der Patientenakte haben möchte.

Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten oder des Vormunds

Bild- und Videoaufnahmen Therapie

Für manche Therapien und Diagnostiken kann es sinnvoll sein Bild- und Videoaufnahmen anzufertigen. Diese können den Fortschritt und Veränderungen aufzeigen und zur Auswertung mit Fachkollegen genutzt werden.

- Hiermit erkläre ich, dass ich die Datenschutzbestimmungen gelesen habe und mit dem Anfertigen von Bild- und Videoaufnahmen während der Therapie einverstanden bin.
- Hiermit erkläre ich, dass ich keine Bild- und Videoaufnahmen während der Therapie möchte.

Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten oder des Vormunds

Verarbeitung zu Forschungszwecken

Es kommt immer wieder vor, dass Forschende pseudonymisierte Patientendaten zur Auswertung nach bestimmten Kriterien benötigen.

- Hiermit erkläre ich, dass ich die Datenschutzbestimmungen gelesen habe und mit der Verarbeitung meiner pseudonymisierter Daten zu Forschungszwecken einverstanden bin.
- Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Verarbeitung meiner Daten zu Forschungszwecken nicht einverstanden bin.

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte Person oder Vormund
