



An
 SPZ
 Klinikum Aschaffenburg-Alzenau
 Standort Aschaffenburg
 Am Hasenkopf 1
 63739 Aschaffenburg

Sozialpädiatrisches Zentrum
Telefon: (06021) 323701
Fax: (06021) 323702
Email: spz@
kllinikum-ab-alz.de

Liebe Eltern,

zur Anmeldung Ihres Kindes benötigen wir nachfolgende Informationen.
 Bitte beantworten Sie möglichst **alle Fragen**. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
 Sollte Ihnen das Beantworten der Fragen schwerfallen, kann Ihnen ggf. Ihr Kinderarzt helfen.

Der vollständig ausgefüllte Fragebogen muss von **allen Sorgeberechtigten** unterzeichnet und von Ihnen per Post an die o.g. Adresse geschickt werden.

Zur Vorstellung bringen Sie bitte einen Überweisungsschein des Kinderarztes, Ihre Versichertenkarte, das gelbe Untersuchungsheft sowie Vorbefunde oder Berichte mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

A. Personalien und wichtige Informationen

Name und Vorname Ihres Kindes:		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:
Name der Mutter:		Geburtsdatum:	
Name des Vaters:		Geburtsdatum:	
Adresse:			
Telefon:	Handy:	Email:	
Familienstand der Eltern:		<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> allein erziehend <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> zusammen lebend <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> wieder verheiratet
Wer hat das Sorgerecht?		<input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Amtsvormund (wer?):	<input type="checkbox"/> alleinige Sorge (wer?):
Das Kind ist das:		<input type="checkbox"/> leibliche Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind
Besteht Kontakt zum Jugendamt?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ansprechpartner:	
Das Kind lebt mit:		<input type="checkbox"/> beiden Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Stiefmutter/-vater <input type="checkbox"/> Pflegeeltern/-familie <input type="checkbox"/> Stationäre Einrichtung	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> neuem Partner/in <input type="checkbox"/> Großeltern
Abweichende Wohnadresse:			
Krankenkasse:		<input type="checkbox"/> Gesetzlich	<input type="checkbox"/> Privat
Name des Hauptversicherten:			Geburtsdatum:

Bitte legen Sie den Fragebogen Ihrem Kinderarzt/in vor!

Ist Ihr KinderarztIn einverstanden mit der Vorstellung in unserem SPZ?

- Ja
- Nein

Besteht Anbindung an eine Kinder- und JugendpsychiaterIn?

- Nein
- Ja , welche?: _____

Stempel Ihres Kinderarztes/in:

Auszufüllen vom KinderarztIn: Vorstellungsgrund/Fragestellung?

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

Welche Hilfen erwarten Sie durch uns?

Gibt es besondere Fragestellungen weiterer behandelnder Ärzte, Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (z.B. Schule, Kindergarten, Tagesstätte)? Bitte fragen Sie nach und legen ggf. Berichte in Kopie bei!

Wichtige Vorbefunde

Liegen bereits relevante Voruntersuchungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen oder Diagnosen vor?

- Nein**
 Ja; welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein?

Name	Dosierung (z.B. 3x am Tag 100mg)
1.	
2.	
3.	

Erhält Ihr Kind **Therapien**?

- Nein**
 Ja; welche und seit wann?

Welche **spezialisierten Betreuungs- oder Fördereinrichtungen** besucht Ihr Kind oder hat es besucht? (Bitte Name der Einrichtung)

- Frühförderstelle: _____
 Fördereinrichtung mit speziellem Förderschwerpunkt _____
 Kinder- und Jugendpsychiatrie: _____
 Tagesstätte: _____
 Sonstige: _____

Anerkennung der Pflegebedürftigkeit oder eines Schwerbehindertenstatus

Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

- Nein**
 Ja, GdB _____ **Zusatzzeichen:** _____

Wurde ein Pflegegrad beantragt oder bewilligt?

- Nein**
 Ja; welcher?: _____

Betreuung

Ihr Kind wird betreut:

<input type="checkbox"/> ausschließlich zu Hause	<input type="checkbox"/> und/oder durch nahe Betreuungspersonen; Welche?:
<input type="checkbox"/> Krippe, Kindergarten oder Kindertagesstätte	Name der Einrichtung: Wie lange/an wie vielen Tagen pro Woche?
<input type="checkbox"/> Schule* (*Bitte legen Sie Zeugnisse und eine Schriftprobe Ihres Kindes in Kopie bei!)	Name:
	Schulart:
	Klassenstufe:
	In welchem Fach ist ihr Kind gut?
	In welchem Fach hat Ihr Kind Probleme?
	Sind sie mit den Schulleistungen zufrieden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein; Warum nicht?:
	Macht Ihr Kind die Hausaufgaben selbständig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein; Mit wem?:
	Wie lange dauern die Hausaufgaben?
Gibt es oft Streit mit Mitschülern? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; Warum?:	

B. Persönliche Anamnese und Entwicklungsgeschichte

Schwangerschaft und Geburt

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

Nein

Ja; welche?: _____

Wurde eine Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt?

Nein

Ja; mit welche Ergebnis?: _____

Mußten Sie Medikamente einnehmen?

Nein

Ja; welche?: _____

Haben Sie geraucht?

Nein

Ja; wieviel?: _____

Haben Sie Alkohol getrunken?

Nein

Ja; wieviel?: _____

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?

Ja

Nein; bis zu welcher Schwangerschaftswoche? _____

Erfolgte die Geburt im Krankenhaus?

Ja; wo?: _____

Nein; stattdessen wo?: _____

Wie wurde Ihr Kind geboren?

normal/spontan

per Kaiserschnitt/Sonstige?: _____

Gab es bei der Geburt Besonderheiten?

Nein

Ja; welche?: _____

Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet? ____/____/____

Wie waren die Maße Ihres Kindes bei Geburt?

Gewicht(g): _____ Länge(cm): _____ Kopfumfang(cm): _____

Neugeborenenzeit (erste 4 Wochen nach Geburt):

Musste Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt werden?

Nein

Ja; warum?: _____

Gab es Besonderheiten in den ersten Lebenswochen oder machte Ihnen etwas Sorgen?

Nein

Ja; welche?: _____

Entwicklungsgeschichte

Motorik

Gab oder gibt es motorische Auffälligkeiten?

- Nein**
- Ja; folgende**

Sprache

Gab oder gibt es sprachliche Auffälligkeiten?

- Nein**
- Ja; folgende**

Muttersprache: _____

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

- Nein**
- Ja; welche Sprachen?** _____

Sehen/Hören

Wurde die **Hörfähigkeit** Ihres Kindes überprüft?

- Nein**
- Ja; wann und wo?** _____

Wurde die **Sehfähigkeit** Ihres Kindes überprüft?

- Nein**
- Ja; wann und wo?** _____

Selbständigkeit im Alltag

Wie gestaltet sich die **Sauberkeitsentwicklung** Ihres Kindes?

- unauffällig**
- auffällig, weil**

Wie gestalten sich die **Ernährungsgewohnheiten bzw. Ess- und Trinkverhalten** Ihres Kindes? **unauffällig**

auffällig, weil

Wie gestaltet sich das **Schlafen** Ihres Kindes?

unauffällig

auffällig, weil

Verhaltensentwicklung und -beobachtung

Welche Stärken bzw. besonderen Fähigkeiten hat Ihr Kind?

Zeigt ihr Kind auffällige Verhaltensweisen?

Sozialkontakte und Medienkonsum

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne?

Wie lange spielt es diese(s) Spiel(e) am Stück?

Spielt/ trifft sich Ihr Kind regelmäßig mit Freunden?

Ja

Nein; warum nicht?

Wie viele Stunden pro Tag schaut Ihr Kind Fernsehen/Streaming/Videos? _____

Werden zusätzlich Computer-/Konsolenspiel oder Ähnliches gespielt?

- Nein**
- Ja; wie lange?** _____

Haben Sie Sorgen wg. des Umgangs Ihres Kindes mit Medien oder Handy?

- Nein**
- Ja; warum genau?** _____

Familienanamnese

Geschwisterkinder

- Nein**
- Ja**

Name	Geburtsdatum	Auffälligkeiten/Erkrankungen?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie (z.B. Diabetes, Allergien usw.)?

- Nein**
 - Ja; folgende**
- _____
- _____
- _____

Besteht Blutsverwandschaft zwischen den Elternteilen (z.B. Cousin und Cousine)?

- Nein**
- Ja** _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen ausgefüllt von:	
Ort und Datum:	
Unterschrift der Sorgeberechtigten (bei gemeinsamem Sorgerecht bitte beide Elternteile):	



Datenschutzerklärung Sozialpädiatrisches Zentrum Aschaffenburg

Name; Vorname

Geburtsdatum:

Anschrift:

Datenübermittlung zwischen Sozialpädiatrischem Zentrum und Kinderarzt / überweisenden Arzt (Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialpädiatrische Zentrum die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Kinderarzt / überweisenden Arzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Kinderarzt / überweisenden Arzt.

Ja

Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Sozialpädiatrische Zentrum die bei meinem Kinderarzt / überweisenden Arzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem SPZ, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Kinderarztes / überweisenden Arztes zu erhalten. Das SPZ wird die Daten jeweils nur zum Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja

Nein

Mein Kinderarzt/ überweisender Arzt ist:

(Name und Anschrift des Kinderarztes / überweisenden Arztes)

Einsichtnahme in archivierte Patientenunterlagen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Sozialpädiatrische Zentrum bei der Aufnahme meines Kindes - soweit dies für die aktuelle Behandlung erforderlich ist, auf Patientenunterlagen früherer Aufenthalte im Klinikum Aschaffenburg insbesondere aus anderen Fachabteilungen zugreifen kann.

Ja

Nein

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber dem Sozialpädiatrischen Zentrum ganz oder teilweise widerrufen werden. Im Fall des Widerrufs findet kein weiterer Datenaustausch für diese Bestandteile mit dem Sozialpädiatrischem Zentrum statt.

Ort, Datum

Unterschrift des einwilligungsfähigen Patienten/Sorgeberechtigten 1

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten 2



Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern des Sozialpädiatrischen Zentrums und der Kinderklinik des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau

Angaben zu beiden Elternteilen (bitte vollständig ausfüllen):	
_____	_____
Name Mutter/Vater	Name Vater/Mutter
_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsdatum
_____	_____
Anschrift	Anschrift
Voll umfassend sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Voll umfassend sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausschließlich Teilsorge: _____	Ausschließlich Teilsorge: _____
Andere sorgeberechtigte Person oder Institution: _____	_____

Die Entbindung von der Schweigepflicht erstreckt sich auf den Austausch von sämtlichen Informationen, die:

- für die **Behandlung** von Bedeutung sind
- für die Bedarfsmittelteilnahme bzgl. **früher Hilfen** notwendig sind
- für die Bedarfsmittelteilnahme bzgl. **Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe** erforderlich sind
- für die Installierung **ambulanter oder stationärer Hilfen** von Nöten sind

Die Entbindung von der Schweigepflicht betrifft Informationen aus Kontaktgesprächen, Informationen zur Vorgeschichte und familiären Verhältnissen, Informationen zur Krankengeschichte sowie Befundberichte.

Ich erkläre mich als Personensorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass von meinem Kind

_____, geboren am _____,

alle bei anderen Ärzten und nachfolgenden Institutionen erhobenen Untersuchungsergebnisse eingeholt bzw. eingesehen werden können. Ich entbinde folgende Institutionen von der **gegenseitigen Schweigepflicht**:

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Frühförderung | <input type="checkbox"/> Jugendamt | <input type="checkbox"/> KoKi | <input type="checkbox"/> Diätberatung |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt | <input type="checkbox"/> Kinderarzt | <input type="checkbox"/> Neonatologie Hanau |
| <input type="checkbox"/> Schule | <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Neonatologie Frankfurt |
| <input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst | <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Facharzt | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinder-/Jugendhospiz | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Pflegedienst | |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Pflegekasse | <input type="checkbox"/> Humangenetik | |

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit widerrufen werden kann. Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung beraten.

Ort, Datum

Unterschrift des einwilligungsfähigen Patienten/ Sorgeberechtigten 1

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten 2