

SPZ Anschreiben & Anmeldebogen



SEHR GEEHRTE FAMILIE,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Einrichtung.

Damit Sie Ihr Kind bei uns anmelden können, benötigen wir von Ihnen den vollständig und leserlich ausgefüllten Anmeldebogen Ihres Kindes. Dieser Fragebogen soll eine bessere Planung der Vorstellung Ihres Kindes ermöglichen.

Da Sie in der Regel mit einer längeren Wartezeit rechnen müssen, seien Sie versichert, dass wir uns nach Erhalt des Anmeldebogens kümmern und wir Sie rechtzeitig informieren, sobald Termine feststehen.

Aus rechtlichen Gründen müssen die Erklärungen von Seite 7-9 von **allen Sorgeberechtigten** unterschrieben

werden. Bei **gesetzlich versicherten** Patienten muss zum Termin eine Überweisung von einem/r niedergelassenen Arzt/Ärztin mitgebracht werden. Bei **privat versicherten** Patienten muss die 10. Seite zusätzlich ausgefüllt werden.

Zur Kontaktaufnahme benötigen wir unbedingt eine aktuelle **Telefonnummer** und **Adresse** von Ihnen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr SPZ Team

INFORMATION

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen so deutlich und vollständig wie möglich aus und senden Sie diesen im Original an das Sozialpädiatrische Zentrum Celle, Bullenberg 10, 29221 Celle, zurück. Die Daten werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt.

KIND

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Straße

PLZ, Ort

Telefonnummer

Krankenkasse

*... da, wenn's
darauf ankommt!*

SPZ Anschreiben & Anmeldebogen



ALLGEMEINES
KRANKENHAUS
CELLE

MUTTER

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Straße

PLZ, Ort

VATER

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Straße

PLZ, Ort

SORGERECHT

Wer hat das Sorgerecht?

- Mutter
- Vater
- Beide Eltern

Das Kind lebt aktuell bei:

- Mutter
- Vater
- Beide Eltern

Sonstige

Sonstige

SPZ Anschreiben & Anmeldebogen



Staatsbürgerschaft der Eltern

Sprache der Eltern

Ist ein Dolmetscher / Übersetzer notwendig?

Ja

Nein

Gibt es Geschwisterkinder, die bereits im SPZ Celle in Behandlung sind?

Ja

Nein

PFLICHTFELD (Überweisender Arzt)

Muss unbedingt vom überweisenden Arzt ausgefüllt und unterschrieben sein!

Überweisender Arzt: _____

Vorstellungsgrund / (Verdachts-)Diagnose:

Sonstige wichtige Information: _____

Vollständig geimpft:

Ja

Nein

_____ Fehlender Impfstoff

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

ELTERNEINSCHÄTZUNG

In welchen Bereichen sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

Motorische Entwicklung

Gelenkschmerzen / Rheuma

Motorische Unruhe / Hyperaktivität

Schulleistungen

Kopfschmerzen

Epileptische Anfälle

Wachstum und Körperbau

Sprachliche Entwicklung

Bauchschmerzen / Verdauungsprobleme

Aufmerksamkeit / Konzentration

Emotionale Entwicklung

Andere

Schlafverhalten

Intelligenzentwicklung

Ernährung

Verhalten

SPZ Anschreiben & Anmeldebogen



Können Sie die Probleme genauer beschreiben? Was sind Ihre Sorgen?

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Die wievielte Schwangerschaft war es? _____ Entbindung in der _____ Schwangerschaftswoche

Spontan

Per Sectio (Kaiserschnitt)

Geburtsgewicht _____ Länge _____

Apgar _____

Kopfumgang _____

Nabelschnur pH _____

In der Schwangerschaft bestanden KEINE besondere Belastungen / Krankheiten

In der Schwangerschaft bestanden besondere Belastungen / Krankheiten Wenn ja, welche? _____

Mein Kind wurde nach der Geburt NICHT stationär behandelt

Mein Kind wurde nach der Geburt stationär behandelt Wenn ja, wo und weshalb? _____

In den ersten Lebenswochen war das Kind unauffällig

Es gab folgende Auffälligkeiten / besondere Erkrankungen

ERNÄHRUNG

Mein Kind wurde in der Schwangerschaft NICHT gestillt

Mein Kind wurde in der Schwangerschaft gestillt Wenn ja, wie lange? _____

Aktuelles Essverhalten:

Normale Mischkost

Spezielle Ernährung / Diät Bitte beschreiben: _____

SPZ Anschreiben & Anmeldebogen



Ab wann war es tagsüber trocken? _____ Jahre

Ab wann war es nachts trocken? _____ Jahre

Ab wann war es vom Stuhlgang her „sauber“? _____ Jahre

WEITERE INFORMATIONEN ÜBER IHR KIND

Ist oder war das Kind in Betreuung in einem anderen SPZ oder in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Einrichtung?

Aus welchem Anlass?	Wann?	Name der Praxis / Einrichtung

Bei welchen Ärzten oder Psychologen wird/wurde Ihr Kind bislang behandelt?

Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?	Wann?	Fachrichtung, Name und Anschrift

SPZ Anschreiben & Anmeldebogen



Welche besonderen Erkrankungen oder Operationen hat Ihr Kind bisher durchgemacht? Gab es Krankenhausaufenthalte?

Erkrankung / Operation	Wann?	Name der Klinik

Hat / hatte Ihr Kind folgende Therapien?

Therapieform	Wann?	Behandlungsgrund / Schwerpunkt der Behandlung
<input type="checkbox"/> Physiotherapie		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Logopädie / Sprachtherapie		
<input type="checkbox"/> Andere		

Mein Kind nimmt KEINE Medikamente

Mein Kind nimmt Medikamente (Wenn ja, welche?)

Hat Ihr Kind Hilfsmittel?

Nein

Brille

Hörgerät

Spezielles Dreirad / Fahrrad

Stehständer

Orthesen / Schienen

Kommunikationsgerät

Therapiestuhl

Gehhilfen

Rollstuhl

Sonstige

SPZ Anschreiben & Anmeldebogen



SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

Nein Ja/ Grad der Behinderung _____ %

Merkzeichen: H G aG B BI GI TBI

Andere _____

Mein Kind hat KEINEN Pflegegrad

Mein Kind hat einen Pflegegrad Pflegegrad _____

EINGLIEDERUNGSHILFE / JUGENDHILFE

Mein Kind/Meine Familie hat bisher KEINE Eingliederungshilfe / Jugendhilfe erhalten

Mein Kind/Meine Familie hat bisher Eingliederungshilfe / Jugendhilfe erhalten

Wenn ja, in welcher Form?

Wann?

Hausfrühförderung _____

Integrationsplatz im Kindergarten _____

Begleitung im Kindergarten _____

Schulbegleitung _____

Lerntherapie _____

Autismusspezifische Therapie _____

Sozialpädagogische Familienhilfe _____

Erziehungsbeistandschaft _____

Andere: _____

SPZ Anschreiben & Anmeldebogen



KUR / REHA

- Mein Kind war NOCH NIE zur Kur/Reha
- Mein Kind war bereits zur Kur/Reha

Wenn ja, wann und warum?

KINDERBETREUUNG

Besucht / besuchte Ihr Kind...

- ... eine Tagesmutter
- ... eine Krippe
- ... Kindergarten/ -tagesstätte
- Ist / war Ihr Kind ein Integrationskind?

Ab welchem Alter?

SCHULE

Jahr der Einschulung: _____

- Mein Kind wurde zurückgestellt
- Mein Kind wurde NICHT zurückgestellt

Diese Schule / Ausbildungsstätte besucht mein Kind zurzeit

Aktuelle Klassenstufe

Gab es Klassenwiederholungen? Wenn ja, welche Klassen? _____

Wurde ein Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf festgestellt? Wenn ja, welcher?

SPZ Anschreiben & Anmeldebogen



GESCHWISTER / HALBGESCHWISTER / STIEFGESCHWISTER

Name	Geb.-Datum	Verwandtschaftsverhältnis	Besondere Probleme oder Erkrankungen	Ist / war Patient im SPZ Celle
		<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Halbschwester/-bruder <input type="checkbox"/> Stiefschwester/-bruder		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Halbschwester/-bruder <input type="checkbox"/> Stiefschwester/-bruder		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Halbschwester/-bruder <input type="checkbox"/> Stiefschwester/-bruder		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Halbschwester/-bruder <input type="checkbox"/> Stiefschwester/-bruder		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Halbschwester/-bruder <input type="checkbox"/> Stiefschwester/-bruder		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

INFORMATIONEN ZUR VERWANDSCHAFT

Welche besonderen Erkrankungen oder Operationen hat Ihr Kind bisher durchgemacht? Gab es Krankenhausaufenthalte?

Anfallsleiden / Epilepsie / Fieberkrämpfe

Entwicklungsstörungen

Geistige Behinderung

SPZ Anschreiben & Anmeldebogen



Rheuma

Genetische Erkrankungen

Magen- / Damerkrankungen

Muskelerkrankungen

Nierenerkrankungen

Psychische Erkrankungen

Suchterkrankungen

Sonstige schwere / chronische Erkrankungen

INFORMATIONEN ZUR ANMELDEBOGEN

Bei der Bearbeitung des Anmeldebogens hat NIEMAND mitgewirkt

Bei der Bearbeitung des Anmeldebogens hat JEMAND mitgewirkt

Bei organisatorischen Fragen (z. B. Terminvergabe) dürfen wir KEINEN Kontakt zur oben genannten Person aufnehmen

Wenn ja, wer?

Bei organisatorischen Fragen (z. B. Terminvergabe) dürfen wir Kontakt zur oben genannten Person aufnehmen

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift 1. Sorgeberechtigter

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift 2. Sorgeberechtigter

SPZ Anschreiben & Anmeldebogen



EINVERSTÄNDNIS zur Behandlung im SPZ Celle

Name (Patient)

Als Sorgeberechtigte / r erkläre / n ich / wir mich / uns damit einverstanden, dass mein / unser o.g. Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum Celle untersucht und behandelt wird.

Das Einverständnis erstreckt sich auf die Erhebung der vollständigen Krankengeschichte, ärztliche und psychologische Untersuchungen und ggf. spezielle Diagnostik durch Therapeuten. Falls erforderlich, bin ich / sind wir auch mit EEG-Untersuchungen und Laboruntersuchungen einverstanden.

Vorname (Patient)

Sofern genetische Untersuchungen erforderlich sind, wird dafür noch eine spezielle Einverständniserklärung nach dem Gendiagnostikgesetz eingeholt.

Hiermit entbinde / n ich / wir folgende Person / en und Institution / en von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeiter / innen des SPZ Celle. Gleichfalls entbinde / n ich / wir die Mitarbeiter / innen des SPZ von ihrer Schweigepflicht gegenüber der / den unten genannten Person / en und Institution / en.

1.

2.

3.

Die Behandlungsberichte gehen an:

Überweisende / n Arzt / Ärztin

Sorgeberechtigte / r

zusätzlich, wenn gewünscht, an: bitten eintragen, z. B. Facharzt, Einrichtung, Pflegeeltern, Jugendamt)

1.

3.

2.

4.

Dieses Schreiben behält bis zum schriftlichen Widerruf seine Gültigkeit. Dieses Schreiben muss von allen Sorgeberechtigten unterschrieben werden.

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift 1. Sorgeberechtigter

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift 2. Sorgeberechtigter

SPZ Anschreiben & Anmeldebogen



EINWILLIGUNG zur Speicherung von Patientendaten

Einwilligung zur Speicherung von Patientendaten des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) auf IT-Systemen des Allgemeinen Krankenhauses Celle.

Vor- und Nachname des Patienten

Einwilligung ausgegeben am

Sehr geehrte Eltern und Erziehungsberechtigte,

Sie haben heute Ihr Kind zur Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum angemeldet.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern dient dem Wohl des Patienten. Dabei ist es oft üblich, dass die eine Einrichtung auf die Daten der anderen im Rahmen der Behandlung Zugriff erhält. Soweit dies auch dem Wunsche und dem Interesse des Patienten entspricht, steht dem auch aus Datenschutzgründen nichts entgegen. Wer als Patient in einer Einrichtung behandelt wird, dessen Daten dürfen anderen Einrichtungen nicht ohne entsprechende Rechtsgrundlage zur Verfügung gestellt werden.

Das SPZ ist zwar gesellschaftsrechtlich ein Teil des AKH Celle, führt aber als ambulant behandelnde Einrichtung eine eigene Patientenverwaltung und elektronische Datenerfassung. Darüber wird sichergestellt, dass Ihre Daten, die im Rahmen der Behandlung im SPZ entstehen, getrennt von Ihren evtl. vorhandenen Patientendaten aus einer Behandlung im Krankenhaus gespeichert werden.

Wir informieren Sie hiermit darüber, dass das SPZ die IT-Systeme und Strukturen des AKH Celle zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer Patientendaten nutzt. Dabei wird durch konzeptionelle Maßnahmen und spezielle Zugriffssteuerung sichergestellt, dass nur Mitarbeiter des SPZ, sowie im erforderlichen Supportfall Personal der IT-Abteilung des AKH Celle und die Abrechnungsabteilung des AKH Celle zur Abrechnung mit den Krankenkassen Zugriff auf Ihre Daten nehmen können. Ein Zugriff auf

die Daten des SPZ ist für Mitarbeiter / innen des Krankenhauses ausgeschlossen. Eine Übermittlung von Patientendaten vom SPZ an das Krankenhaus und umgekehrt erfolgt wie bei anderen niedergelassenen Arztpraxen nur nach vorheriger Information und Zustimmung des Patienten.

Mit dieser Einwilligung erlauben Sie bis auf Widerruf, dass das SPZ Ihre Daten auf IT-Systemen in den IT-Strukturen des AKH Celle unter Einhaltung einer Zugriffstrennung, so dass kein Krankenhauspersonal mit Ausnahme des IT-Personals und der Mitarbeiter der Abrechnungsabteilung darauf Zugriff nehmen kann, speichern und verarbeiten darf. Eine Datenübermittlung erfolgt nur nach entsprechender Abstimmung / Zustimmung mit / von Ihnen, so wie es bei anderen niedergelassenen Arztpraxen üblich ist.

Einwilligungserklärung in die Speicherung meiner Patientendaten auf IT-Systemen des Allgemeinen Krankenhauses Celle

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Patienten- und Behandlungsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung im SPZ entstehen, so wie in dieser Erklärung dargestellt auf den IT-Systemen des AKH Celle gespeichert und verarbeitet werden.

Sofern ich ein Foto meines Kindes im SPZ abgebe, bin ich damit einverstanden, dieses ebenfalls in der digitalen Patientenakte zu speichern. (ggf. streichen)

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum, Unterschrift 1. Sorgeberechtigter

Ort, Datum, Unterschrift 2. Sorgeberechtigter