

# SPZ Anschreiben und 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 12–13 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 14. Seite zusätzlich ausgefüllt werden.

Das **Pflichtfeld auf Seite 2** muss vom überweisenden Arzt ausgefüllt sein, alternativ kann eine Überweisung mit Auftragsformulierung eingereicht 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.

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

# SPZ Anschreiben und Anmeldebogen



## KIND

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Krankenkasse

## MUTTER

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefonnummer
Adresse	

## VATER

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefonnummer
Adresse	

# SPZ Anschreiben und Anmeldebogen

## SORGERECHT

Wer hat das Sorgerecht?

Mutter

Vater

Beide Eltern

\_\_\_\_\_  
Sonstige (z. B.: Vormund, Jugendamt)

Das Kind lebt aktuell bei:

Mutter

Vater

Beide Eltern

\_\_\_\_\_  
Sonstige (z. B.: Pflegeeltern, Einrichtung)

\_\_\_\_\_  
Nationalität (Staatsbürgerschaft) der Eltern

\_\_\_\_\_  
Sprache der Eltern

Dolmetscher/Übersetzer notwendig?

Ja

Nein

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

Ja (Genaue Beschreibung Seite 10)

Nein

## PFLICHTFELD

**Muss unbedingt vom überweisenden Arzt ausgefüllt und unterschrieben sein!**

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Vorstellungsgrund/(Verdachts-)Diagnose:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstige wichtige Information: \_\_\_\_\_

Vollständig geimpft:

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Welcher Impfstoff fehlt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arztes

# SPZ Anschreiben und Anmeldebogen

## ELTERNEINSCHÄTZUNG

In welchen Bereichen sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Motorische Entwicklung       | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen/Rheuma  | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe / Hyperaktivität  |
| <input type="checkbox"/> Schulleistungen              | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen           | <input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle                |
| <input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau       | <input type="checkbox"/> Sprachliche Entwicklung | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen / Verdauungsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit/Konzentration | <input type="checkbox"/> Emotionale Entwicklung  | <input type="checkbox"/> Andere                              |
| <input type="checkbox"/> Schlafverhalten              | <input type="checkbox"/> Intelligenzentwicklung  |  |
| <input type="checkbox"/> Ernährung                    | <input type="checkbox"/> Verhalten               |  |

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 \_\_\_\_\_ g      Länge \_\_\_\_\_ cm

Apgar \_\_\_\_\_      Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm      Nabelschnur pH \_\_\_\_\_  
(Werte stehen auf der 1. Seite im U-Heft)

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten?

- Nein
- Ja      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten?

- Nein
- Ja      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind nach der Geburt stationär behandelt?

- Nein
- Ja      Wenn ja, wo und weshalb? \_\_\_\_\_

# SPZ Anschreiben und Anmeldebogen

In den ersten Lebenswochen war das Kind unauffällig

Es gab folgende Auffälligkeiten/besondere Erkrankungen

---

## ERNÄHRUNG

Wurde Ihr Kind gestillt?

Nein

Ja

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Aktuelle Ernährung:

Normale Mischkost

Spezielle Ernährung/Diät (bitte beschreiben)

---

Aktuelles Essverhalten:

Unproblematisch

Problematisch (bitte beschreiben)

---

## MOTORISCHE ENTWICKLUNG: In welchem Alter konnte Ihr Kind...

Krabbeln? \_\_\_\_\_ Monate

Fahrrad fahren? \_\_\_\_\_ Jahre

Frei sitzen? \_\_\_\_\_ Monate

Schwimmen? \_\_\_\_\_ Jahre

Frei gehen? \_\_\_\_\_ Monate

Erworbenes Schwimmzeichen? \_\_\_\_\_ Jahre

Laufrad fahren? \_\_\_\_\_ Jahre

Zieht es sich alleine an und aus?  Nein  Ja

# SPZ Anschreiben und Anmeldebogen

## SPRACHLICHE ENTWICKLUNG: In welchem Alter konnte Ihr Kind...

Erste Worte sprechen? \_\_\_\_\_ Monate

2-Wort-Kombinationen sprechen? \_\_\_\_\_ Monate

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

Nein

Ja

Wenn ja, mit welchen Sprachen?

\_\_\_\_\_  
1. Sprache

\_\_\_\_\_  
2. Sprache

\_\_\_\_\_  
3. Sprache

In welcher Sprache sprechen Sie überwiegend mit Ihrem Kind? \_\_\_\_\_

## SCHLAF- UND SAUBERKEITSENTWICKLUNG

Hat Ihr Kind Schlafprobleme (Einschlaf- oder Durchschlafstörungen)?

Nein

Ja (Wenn ja, bitte genau beschreiben)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann war es tagsüber trocken? \_\_\_\_\_ Jahre

Wann war es nachts trocken? \_\_\_\_\_ Jahre

Wann war es vom Stuhlgang her „sauber“? \_\_\_\_\_ Jahre

# SPZ Anschreiben und Anmeldebogen

## 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

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

Erkrankung/Operation	Wann?	Name der Klinik

# SPZ Anschreiben und Anmeldebogen

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		

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

Nein

Ja (Wenn ja, welche?)

Hat Ihr Kind Hilfsmittel?

Nein

Brille

Hörgerät

Spezielles Dreirad/Fahrrad

Stehständer

Orthesen/Schienen

Kommunikationsgerät

Therapiestuhl

Gehhilfen

Rollstuhl

Sonstige

## SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

Nein

Ja

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ %

Merkzeichen:  H

G

aG

B

BI

GI

TBI

Andere \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad?

Nein

Ja

Pflegegrad: \_\_\_\_\_



# SPZ Anschreiben und Anmeldebogen

## EINGLIEDERUNGSHILFE / JUGENDHILFE

Hat Ihr Kind / Ihre Familie bisher Eingliederungshilfe / Jugendhilfe erhalten?

Nein

Ja

Wenn ja, in welcher Form und wann?

Wann?

Hausfrühförderung

\_\_\_\_\_

Integrationsplatz im Kindergarten

\_\_\_\_\_

Begleitung im Kindergarten

\_\_\_\_\_

Schulbegleitung

\_\_\_\_\_

Lerntherapie

\_\_\_\_\_

Autismusspezifische Therapie

\_\_\_\_\_

Sozialpädagogische Familienhilfe

\_\_\_\_\_

Erziehungsbeistandschaft

\_\_\_\_\_

Andere:

\_\_\_\_\_

## KUR / REHA

War Ihr Kind bereits einmal zur Kur / Reha?

Nein

Ja

Wenn ja, wann und warum? \_\_\_\_\_

# SPZ Anschreiben und Anmeldebogen

## KINDERBETREUUNG

Besucht/besuchte Ihr Kind...

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

Wenn ja, ab welchem Alter?

---

---

---

---

## SCHULE

Wurde Ihr Kind zurückgestellt?

- Nein  Ja

Welche Schule / Ausbildungsstätte besucht Ihr Kind zurzeit?

Aktuelle Klassenstufe

Gab es Klassenwiederholungen? Wenn ja, welche Klassen? \_\_\_\_\_

Wurde ein Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf festgestellt? Wenn ja, welcher?

---

---

# SPZ Anschreiben und Anmeldebogen

## GESCHWISTER / HALBGESCHWISTER / STIEFGESCHWISTER

Name	Geb.-Datum	Verwandschaftsverhältnis	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

# SPZ Anschreiben und Anmeldebogen

## INFORMATIONEN ZUR VERWANDSCHAFT

Sind in der Verwandtschaft Entwicklungsstörungen oder schwere Erkrankungen bekannt?

(Bitte möglichst konkrete Angaben! Wer? Was?)

\_\_\_\_\_

Anfallsleiden/Epilepsie/Fieberkrämpfe

\_\_\_\_\_

Entwicklungsstörungen

\_\_\_\_\_

Geistige Behinderung

\_\_\_\_\_

Rheuma

\_\_\_\_\_

Genetische Erkrankungen

\_\_\_\_\_

Magen-/Damerkrankungen

\_\_\_\_\_

Muskelerkrankungen

\_\_\_\_\_

Nierenerkrankungen

\_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen

\_\_\_\_\_

Suchterkrankungen

\_\_\_\_\_

Sonstige schwere/chronische Erkrankungen

# SPZ Anschreiben und 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 und 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

# SPZ Anschreiben und Anmeldebogen

## WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR SELBSTZAHLER UND PRIVATPATIENTEN

### Sehr geehrte Eltern,

wir bedanken uns für Ihr Vertrauen, dass Sie Ihr Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum Celle betreuen ließen bzw. behandeln lassen möchten.

Im SPZ sind unterschiedliche Berufsgruppen unter kinderärztlicher Leitung vereint. Die verschiedenen Fachbereiche arbeiten Hand in Hand, um den individuellen Bedürfnissen Ihres Kindes gerecht zu werden.

In Absprache mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. wird seit 1. Januar 2013 eine Quartalspauschale für alle SPZ-Leistungen abgerechnet. Mit dieser Pauschale sind alle ärztlichen und therapeutischen SPZ-Leistungen innerhalb eines Quartals abgegolten. Diese Abrechnungsform praktizieren wir mit den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), wie andere SPZs bundesweit ebenfalls, seit vielen Jahren.

Sie sind in einer privaten Krankenkasse versichert. Wir bitten Sie, folgendes Vorgehen zu beachten:

Für unsere SPZ-Leistungen stellen wir Ihnen eine Quartalspauschale in Rechnung. Wir weisen darauf hin, dass diese Pauschale in jedem Behandlungsquartal fällig wird und in regelmäßigen Abständen mit den Krankenkassen

neu angepasst wird. Klären Sie bitte die Kostenübernahme durch Ihre private Krankenversicherung; sofern Sie beihilfeberechtigt sind, auch mit Ihrer Beihilfestelle. Sie sollten Ihre Beihilfe darauf hinweisen, dass die PKV nach Zustimmung sowie die GKV unsere Leistungen mit einer Quartalspauschale vergütet und wir keine Rechnungen auf Grundlage der GOÄ seit dem 1. Januar 2013 mehr stellen.

Werden Sie von Ihrer privaten Krankenversicherung nach der Notwendigkeit der Maßnahme befragt, liefern Ihnen unsere Arztbriefe wichtige Informationen.

Mit der Umstellung der Abrechnung haben wir einen entsprechenden Vorschlag des Verbandes der privaten Krankenversicherungen (PKV) aufgenommen und passen uns den Abrechnungsmodalitäten anderer Sozialpädiatrischer Zentren an.

**Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung (Tel.: 051 41 / 72 - 18 51).**

gez.

Dr. med. Andrea Auhuber

FÄ für Kinder- und Jugendmedizin

Leiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums

---

Zur Kenntnis genommen

Unterschrift Hauptverantwortlicher