

FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IM SPZ LEIPZIG

Nur für Kinder 0-1 Jahr

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen, soweit es Ihnen möglich ist, aus. Auch wenn Sie nicht alle Fragen beantworten können, möchten wir Sie ermutigen, so viel wie möglich aufzuschreiben. Ihr Beitrag ist sehr entscheidend für die Diagnoseerstellung. Nehmen Sie sich Zeit und Ruhe.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname des Kindes:

Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig
Delitzscher Straße 141
04129 Leipzig

Geburtsdatum:

männlich weiblich

PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer:

Gemeinde, Stadt, Landkreis:

Telefonnummer:

E-Mail:

Staatsangehörigkeit deutsch

andere

Sorgeberechtigte

Eltern Vater Mutter Vormund:

Adoptivkind, seit wann in der Familie : wann adoptiert:

Pflegekind, seit wann :

Bitte bei Pflege und Adoptivkindern bisherige Unterbringungen einfügen:

Fragen zu den Eltern

	Vater	Mutter	Pflege Adoptiveltern
Name (Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum			
Schulabschluss			
erlernter Beruf			
	Vater	Mutter	Andere
ausgeübte Tätigkeit			
Anschrift (falls von o.g. Anschrift abweichend)			
Familienstand			
Telefon (priv. / d.)			
zu erreichen von bis			

Waren Sie mit einem Geschwister Ihres Kindes bereits in der Einrichtung?

Ja (wann) Name, Vorname Geburtsdatum

Nein

Leiden Sie an schwerwiegenden chronischen körperlichen oder seelischen Erkrankungen?

Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung

Krankenkasse: seit wann versichert:

Rentenversicherungsträger: DRV Bund DRV Mitteldeutschland andere

Über wen ist das Kind versichert?

Überweisender Kinderarzt:

(Name, Anschrift, Telefon)

Fragen zu den Schwierigkeiten Ihres Kindes

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

1.1. Womit macht Ihnen Ihr Kind Freude?

2. In welchen Bereich bestehen Störungen oder Auffälligkeiten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung / Bewegung | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle |
| <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"/> Erziehung |
| <input type="checkbox"/> Wachstum/Körperbau | |
| <input type="checkbox"/> familiäre Probleme | <input type="checkbox"/> anderes: |

Seit wann?

3. Welche Hilfen erwarten Sie, was ist Ihr Behandlungsziel?

4. Wer hat Ihnen zur Vorstellung im SPZ geraten?

Fragen zur Schwangerschaft und Geburt

Wievielte Schwangerschaft?

In der Schwangerschaft wurde eingenommen/konsumiert: Nichts Nikotin

Alkohol Medikamente, welche:

Sonstiges:

Wie verlief die Schwangerschaft? Normal Schwangerschaftsvergiftung

vorzeitige Blutungen/Wehen Mehrlingsschwangerschaft

Probleme bzw. Auffälligkeiten in der Schwangerschaft:

Wie verlief die Geburt?: Normal Kaiserschnitt Saugglocke/ Zange

Sonstiges

Geburt in der Schwangerschaftswoche

Gab es Probleme nach der Geburt: Nein Ja: Welche?

War die Verlegung in eine Kinderklinik notwendig: ja nein

Wohin?: Warum

Wie lange stationär? , wurde das Kind gestillt? ja

Größe / Gewicht / Kopfumfang

(benutzen Sie bitte hierfür das "Gelbe Vorsorgeheft")

1. Geburtsmaße

Geburtsgewicht: g

Geburtslänge: cm

Kopfumfang bei Geburt: cm

In welcher Schwangerschaftswoche ist ihr Kind geboren? Woche

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

2. **U3** Datum Gewicht: kg

Alter: Größe: cm

3. **U4** Datum Gewicht: kg

Alter: Größe: cm

4. **U5** Datum Gewicht: kg

Alter: Größe: cm

5. **U6** Datum Gewicht: kg

Alter: Größe: cm

Größe der leiblichen Eltern: leibliche Mutter: cm

leiblicher Vater: cm

Fragen zur bisherigen Entwicklung

1. Bewegung/Feinmotorik

Wann konnte Ihr Kind

sich drehen ? Monaten

krabbeln? Monaten

stehen? Monaten

laufen? Monaten

2. Sprache/hören/ Sehen/Emotionen

Lallmonologe Ja Nein

Reaktion auf Geräusche/Musik Ja Nein

Erste Worte im Alter von: Monaten

Lächeln ab:

Verfolgen und fixieren von Gegenständen ab:

Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Probleme?

- Störung des Essverhaltens
- ausgeprägte Schlafstörungen
- starke motorische Unruhe /Schreier
- anderes:

Wo und wann treten die Probleme am häufigsten auf?

Fragen zu Krankheiten Ihres Kindes

1. Bisherige Erkrankungen

wann?

Kinderkrankheiten:

Ohrenleiden:

Lungenentzündung:

Unfälle:

Andere:

2. Krankenhausaufenthalt

ja

nein

Wenn ja,

wann?

wo?

Warum ?

3. Medikamente

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja

nein

Wenn ja,

Medikament	Dosis	Seit wann ?

Fragen zu den bisher aufgesuchten Ärzten, Kliniken, Therapeuten oder Erziehungsberatungsstellen

	Name	Praxisort	wann	Befund/Testergebnis
Kinderarzt				
HNO-Arzt				
Augenarzt				
EEG				
MRT/CT				
Röntgen				

Erhält oder erhielt Ihr Kind bereits Therapien/ spezielle Förderungen? nein ja

Seit wann? Bei wem? Wie lange?

Physiotherapie

Frühförderung/Heilpädagogik

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Anlage zum Fragebogen für die Vorstellung im SPZ LEIPZIG, bitte mit Fragebogen an das SPZ LEIPZIG zurücksenden!

Liebe Eltern, aufgrund des Patienten-Rechte-Gesetzes sind wir gehalten, 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.

Ihr SPZ LEIPZIG-Team.

Klärung der Sorgeberechtigung

Die Untersuchung eines Kindes im SPZ LEIPZIG darf aus rechtlichen Gründen nur in Begleitung oder mit dem Einverständnis eines Gesundheitsfürsorgeberechtigten (Teil des Sorgerechts) stattfinden.

Bitte Inhaber der Gesundheitsfürsorge ankreuzen:

Beide Elternteile oder nur Mutter oder nur Vater

Vormund - Bitte Namen eintragen:

Sonstige - Bitte Namen eintragen:

Falls für die Gesundheitsfürsorge eine Vormundschaft besteht, legen Sie bitte eine Kopie der Bestallungs-urkunde bei.

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Gesundheitsorgeberechtigte(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/Familienname in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en
des/der Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

Schweigepflichtsentbindung

Sollte das Kind in einer Pflegefamilie/Institution aufwachsen, tragen Sie bitte hier den Namen ein:

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

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

Datenübermittlung

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V muss der SPZ-Träger jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten nach dessen Haus-/Kinderarzt befragen. Gleichzeitig regelt diese Vorschrift die Datenübermittlung zwischen den beteiligten Personen/Institutionen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Behandlungsdaten des Kindes an den unten genannten Arzt zu Dokumentations- und Behandlungszwecken übermittelt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass bei dem genannten Arzt vorliegende Befunde/Behandlungsdaten, soweit sie für die Behandlung des Kindes im SPZ LEIPZIG erforderlich sind, durch das SPZ LEIPZIG angefordert werden können.

Vor-, Mit- und Weiterbehandler sind automatisch von der Schweigepflicht entbunden, wenn ich vorher darüber informiert werde und nicht widerspreche.

Haus-/Kinderarzt:

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

Hinweise zur elektronischen Kommunikation per E-Mail

Sollten wir von ihnen eine E-Mail erhalten, so schließen wir daraus, dass wir zur Beantwortung mittels E-Mail berechtigt sind. Wir gehen auch davon aus, dass sie in der Antwort von uns mit der Nennung des Namens ihres Kindes sowie dessen Geburtsdatum einverstanden sind. Sofern nicht ausdrücklich eine andere Art der Kommunikation gewünscht ist.

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass der E-Mail-Verkehr mit dem SPZ LEIPZIG derzeit nur unverschlüsselt erfolgt und mit allgemeinen Unsicherheiten der elektronischen Kommunikation verbunden ist. Durch die Verwendung von SPAM-Filtern kann nicht gewährleistet werden, dass eine von uns versandte E-Mail den Adressaten erreicht. Inhalte können unvollständig oder verzögert sein.

Bitte kreuzen Sie an:

- Ich bin mit der Terminvereinbarung per E-Mail einverstanden.
- Ich bin grundsätzlich mit der Kommunikation per E-Mail einverstanden.
- Ich bin grundsätzlich nicht mit der Kommunikation per E-Mail einverstanden.

Speicherung von genetischen Befunden

- Im Rahmen der Dokumentationspflicht erkläre ich mich damit einverstanden, dass insbesondere alle genetischen Befunde (sofern vorhanden) länger als 10 Jahre aufgehoben und archiviert werden dürfen. Sie können dieser Vereinbarung jederzeit **schriftlich** widersprechen. (Kontaktdaten s.o.)
- Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass meine genetischen Befunde länger als 10 Jahre aufgehoben und archiviert werden.

Datenverarbeitung, Digitalisierung und Mikroverfilmung von Patientenunterlagen

Ich habe hiermit zur Kenntnis genommen und gestatte, dass die zur Behandlung notwendigen Daten vom SPZ LEIPZIG, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig, gespeichert (u.a. zur Abrechnung mit den Krankenkassen) und sofern keine gesetzliche Befugnis vorliegt ohne **mein Einverständnis nicht** weitergegeben werden.

Einverständnis für Foto- / Videoaufnahmen

Hiermit erkläre ich, _____ mich einverstanden, dass im SPZ Leipzig Videoaufnahmen angefertigt werden.

Diese dürfen verwendet werden

- zur Diagnostik und Therapie
- zur Untermauerung der Öffentlichkeitsarbeit des SPZ
- als anonymes Anschauungsmaterial für interne und externe Vorträge

Ich entbinde diesbezüglich den behandelnden Therapeuten und die Mitarbeiter des SPZ von der Schweigepflicht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Aufsichtspflicht

Während des Aufenthaltes im SPZ LEIPZIG bin ich selber für die Aufsichtspflicht des Kindes verantwortlich. Dies gilt auch für die Zeiten und alle Untersuchungen innerhalb und außerhalb des SPZ LEIPZIG, in denen ich das Kind selber betreue.

Im Zweifelsfalle halte ich Rücksprache mit dem behandelnden Arzt oder Psychologen bzw. den anderen Mitarbeitern.

Ich habe von der Vereinbarung zur Speicherung genetischer Befunde, zur Datenverarbeitung, zur Digitalisierung von Patientenunterlagen sowie zur Aufsichtspflicht Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

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

Ich verzichte ausdrücklich auf die Aushändigung einer Kopie dieser Einwilligung.