

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

Bitte so deutlich und vollständig wie möglich ausfüllen und im **Original** zurücksenden an das **Sozialpädiatrisches Zentrum Celle, Bullenberg 10, 29221 Celle**. Die Daten werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt.

Kind:

Name: Vorname: Geb. Datum: Geschlecht:

Straße: PLZ: Ort:

Tel.Nr.: Krankenkasse:

Mutter

Name: Vorname:

Geb. Datum: Adresse:

Telefonnummer:

Vater

Name: Vorname:

Geb. Datum: Adresse:

Telefonnummer:

 Wer hat das **Sorgerecht**? Vater Mutter Beide Eltern

 Sonstige (z.B.Vormund, Jugendamt)

 Das Kind lebt aktuell bei: Vater Mutter Beiden Eltern

 Sonstige (z.B.Pflegeeltern, Einrichtung)

Nationalität (Staatsbürgersch.) der Eltern: Sprache der Eltern:

 Dolmetscher/Übersetzer notwendig? **Ja** **Nein**
Gibt es Geschwisterkinder die bereits im SPZ Celle in Behandlung sind? **Ja** (Genau Beschreibung Seite 6) **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:

Elterneinschätzung: In welchen Bereichen sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

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

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 Kopfumfang: _____ cm

Apgar: _____ Nabelschnur pH: _____

(Werte stehen auf der 1. Seite im U-Heft)

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten?

Nein Ja (Wenn ja, bitte genauer beschreiben)

Wurde Ihr Kind nach der Geburt stationär behandelt? Nein Ja (Wenn ja, wo und weshalb)

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 Schwimmbzeichen?	..... Jahre
LaufRAD fahren?	..... Jahre	Zieht es sich alleine an und aus?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

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
.....
.....
.....
.....

Hat/hatte Ihr Kind folgende Therapien?

Physiotherapie

Ergotherapie

Logopädie/Sprachtherapie

Andere

Wann?

Behandlungsgrund/Schwerpunkt der
Behandlung?

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

Nein Ja (Wenn ja, welche?)

Hat Ihr Kind Hilfsmittel?

Nein Ja (Wenn ja, welche?)

Brille

Therapiestuhl

Hörgerät

Gehhilfen

Spezielles Dreirad oder Fahrrad

Rollstuhl

Stehständer

Sonstige: _____

Orthesen/Schienen _____

Kommunikationsgerät _____

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 _____

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

Nein Ja

Wenn ja, in welcher Form?

Wann?

Hausrühförderung _____

Integrationsplatz im Kindergarten _____

Begleitung im Kindergarten _____

Schulbegleitung _____

Lerntherapie _____

Autismusspezifische Therapie _____

Sozialpädagogische Familienhilfe _____

Erziehungsbeistandschaft _____

Andere: _____

War Ihr Kind bereits einmal zur Kur/Reha?

Nein

Ja

Wenn ja, wann und warum?

Kinderbetreuung

Besucht/besuchte Ihr Kind

Wenn ja, ab welchem Alter?

Eine Tagesmutter?

.....

Eine Krippe?

.....

Kindergarten/Kindertagesstätte?

.....

Ist/war Ihr Kind ein Integrationskind?

.....

Schule

Jahr der Einschulung: _____

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?

.....

.....

Geschwister/Halbgeschwister/Stiefgeschwister

Name	Geb.	Verwandtschaftsverhältnis bitte ankreuzen	Besondere Probleme oder Erkrankungen	Ist oder war Pat. 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

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-/Darmerkrankungen:

Muskelerkrankungen:

Neurologische Erkrankungen:

Nierenerkrankungen:

Psychische Erkrankungen:

Suchterkrankungen:

Sonstige schwere/chronische Erkrankungen:

Hat jemand bei der Bearbeitung des Anmeldebogens mitgewirkt? Ja Nein

Wenn ja, wer:

Dürfen wir bei organisatorischen Fragen (z.B. Terminvergabe) Kontakt zu dieser Person aufnehmen?

Ja Nein

Datum und Unterschriften aller Sorgeberechtigten des Kindes

..... Ort	..... Datum	..... Name in Druckbuchstaben	..... Unterschrift 1. Sorgeberechtigter
..... Ort	..... Datum	..... Name in Druckbuchstaben	..... Unterschrift 2. Sorgeberechtigter

Vielen Dank für das Ausfüllen unseres Anmeldebogens!

Name des Patienten:

Einverständnis zur Behandlung im SPZ Celle

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/sindwir auch mit EEG-Untersuchungen und Laboruntersuchungen einverstanden. 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 Mitarbeitern/-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/er

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

▶

▶

▶

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

Celle, den	.....	.....	.....
	Datum	Unterschrift des/der Sorgeberechtigten (siehe oben)	Vor- und Zuname/n in Druckbuchstaben

Celle, den	.....	.....	.....
	Datum	Unterschrift des/der Sorgeberechtigten (siehe oben)	Vor- und Zuname/n in Druckbuchstaben

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

Name 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 das 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 des/der Sorgeberechtigten

.....
Ort Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigten



Zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001:2015

Wichtige Information zur Quartalspauschale für Selbstzahler und Privatpatienten

Liebe Eltern,

wir bedanken uns für Ihr Vertrauen, dass Sie Ihr Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum Celle betreuen lassen 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.-Nr. 05141-721851).

gez.

Dr. med. Andrea Auhuber

FÄ für Kinder- und Jugendmedizin

Leiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums

zur Kenntnis genommen:

Unterschrift Hauptversicherter