

**Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)**

Nikolausstr. 10, 88212 Ravensburg

Telefon: 0751 977 1238-700, Fax: 0751 977 1238-5700

E-Mail: spz@st-elisabeth-stiftung.de, Home: www.st-elisabeth-stiftung.de**Liebe Eltern, liebe Betreuer,**

wir bitten Sie, diesen Fragebogen so weit Sie können auszufüllen und möglichst rasch an uns zurückzuschicken. Bitte haben Sie Verständnis, dass erst nach Erhalt ein Termin vergeben werden kann. Er dient zur besseren Planung der Vorstellung Ihres Kindes. Die Angaben sind selbstverständlich alle freiwillig und vertraulich.

Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____
 männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Errechneter Geburtstermin: _____
 (Angaben finden Sie im Mutterpass/Vorsorgeheft)

Nationalität: _____

Anschrift: Straße _____

Wohnort _____

Telefon: Festnetz _____

Mobil _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Landratsamt: _____

Geschwisterkind bereits im SPZ? Ja Nein

Betreuende Ärzte Ihres Kindes

Kinderarzt: _____ Hausarzt: _____

Anschrift: _____ Anschrift: _____

Tel.: _____ Tel.: _____

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

Aktuelles Foto vom Kind
falls vorhanden

Welche Hilfen erwarten Sie?

Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen?

Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten an anderer Stelle bereits untersucht? Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?

(Bitte legen Sie Kopien der Arztberichte, Befundberichte etc. bei)

Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?

Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, in denen Ihr Kind nach Ihrer Einschätzung Probleme hat:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Motorik/Bewegungen | <input type="checkbox"/> Schulleistungen – besonders im Fach: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sprache/Kommunikation | <input type="checkbox"/> Konzentration |
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Umgang/Spiel mit anderen Kindern |
| <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Erziehung/Folgsamkeit |
| <input type="checkbox"/> Essen/Trinken | <input type="checkbox"/> Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> Sauberkeit – Einnässen tags/nachts | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang/Einkoten | <input type="checkbox"/> familiäre Probleme (Trennung o. ä.) |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten: _____ |

Andere, nicht erwähnte Auffälligkeiten: _____

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen oder Vorerkrankungen oder wurde es schon mal operiert?

Nein Ja OP: _____

Chron. Erkrankungen: _____

Bekommt oder bekam Ihr Kind bereits Förderungen?

(Frühförderung, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Integrationshilfe ...)

Nein Ja Welche? Seit/ Bis wann? Bei wem? (Adresse, Telefonnummer)

Bekommt Ihr Kind Medikamente?

Nein Ja Welche? _____ Dosis _____

_____ Dosis _____

Hat Ihr Kind Hilfsmittel?

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Reha-Buggy |
| | | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| | | <input type="checkbox"/> Mundplatte | <input type="checkbox"/> spezielles Dreirad / Fahrrad |
| | | <input type="checkbox"/> Schuheinlagen | <input type="checkbox"/> Stehständer |
| | | <input type="checkbox"/> Schienen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Korsett | |

Bisherige Untersuchungen:

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------|-----------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Sehtest: | Wann? _____ | Wo? _____ | Befund: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hörtest: | Wann? _____ | Wo? _____ | Befund: _____ |
| <input type="checkbox"/> MRT Schädel: | Wann? _____ | Wo? _____ | Befund: _____ |
| <input type="checkbox"/> EEG: | Wann? _____ | Wo? _____ | Befund: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | Wann? _____ | Wo? _____ | Befund: _____ |

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | GdB: _____ | Merkzeichen: _____ |
|-------------------------------|-----------------------------|------------|--------------------|

Erhalten Sie Pflegegeld?

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Pflegegrad: _____ |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|

Angaben zur Familie

Mutter

Vater

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum, Ort: _____

Geburtsdatum, Ort: _____

Anschrift: _____

Anschrift: _____

Schulabschluss: _____

Schulabschluss: _____

Welchen Beruf üben Sie aus?

Welchen Beruf üben Sie aus?

Familienstand:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern zusammenlebend | <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> leibliches Kind | <input type="checkbox"/> Adoptivkind, seit: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Pflegekind, seit: _____ |

Sorgerecht:

- Beide Eltern Mutter Vater Amtsvormund Sonstige: _____

Wurde die Gesundheitsfürsorge auf andere Personen übertragen?

- Ja, auf _____
- Nein

Lebt Ihr Kind bei beiden Eltern?

- Ja Nein Wo?/ Bei wem? _____ Seit wann? _____

Angaben zu allen Geschwistern, Halbgeschwistern und mit in der Familie lebenden Kindern, gegebenenfalls auch verstorbenen Kindern:

Name	Vorname	Geburtsdatum

Gab es vor oder nach der Schwangerschaft des vorgestellten Kindes Fehl- oder Totgeburten?

- Nein Ja Wann? _____

Gibt es Erkrankungen oder Störungen in der Familie?

- Nein Ja
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Geistiger Entwicklungsrückstand <input type="checkbox"/> Behinderung <input type="checkbox"/> Spastische oder sonstige Lähmung <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Asthma, Ekzeme, Allergie <input type="checkbox"/> Stoffwechselkrankheit <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsstörung (ADS) <input type="checkbox"/> Schulprobleme <input type="checkbox"/> Lese- Rechtschreibschwäche (LRS) <input type="checkbox"/> Sonstiges | <p>Bei wem?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|---|

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen?

- deutsch andere _____

Können Sie sich in der deutschen Sprache gut ausdrücken? Nein Ja

Wenn Nein, können Sie jemanden zum Übersetzen mitbringen? Nein Ja

**Erhalten Sie als Familie oder Ihr Kind weitere Hilfen oder Beratungsangebote?**

- Nein Ja Familienentlastender Dienst
 Sozialpädagogische Familienhilfe/ Unterstützung Jugendamt
 Häusliche Krankenpflege
 Haushaltshilfe/ Nachbarschaftshilfe
 Sonstige Hilfen: _____

Entwicklung des Kindes**Schwangerschaft****Besonderheiten in der Schwangerschaft?**

- Nein Ja Blutungen Seelische Belastungen
 schweres Erbrechen Nikotin (Anzahl der Zigaretten/ Tag _____)
 Bluthochdruck Alkohol
 Operationen Drogen Welche? _____
 Unfälle Medikamente Welche? _____
 Vorzeitige Wehen ab __.SSW anderes _____

Geburt**Geburtsklinik:** _____**Welche Schwangerschaftswoche?** _____**Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei oder nach der Geburt?**

- Nein Ja Mehrlingsgeburt
 Störung der kindlichen Herztöne
 grünes Fruchtwasser
 Verlegung in die Kinderklinik Warum? _____ Wie lange? _____
 anderes _____

Die Geburt erfolgte:

- normal spontan mit Saugglocke
 nach Einleitung mit Zange
 durch Kaiserschnitt

Geburtsgewicht: _____ g **Geburtsgröße:** _____ cm **Kopfumfang:** _____ cm**Geburtswerte APGAR:** _____ **Nabel pH:** _____ (Angaben finden Sie im Vorsorgeheft)**Säuglingsalter****Machte Ihnen in den ersten Lebenswochen etwas Sorgen?**

- Nein Ja Was? auffallende Bewegungsarmut häufiges Spucken
 Krampfanfälle Trinkprobleme
 auffallende Unruhe Schlafprobleme
 Schreipprobleme anderes _____

Wie verlief die Ernährung im Säuglingsalter?

- Nein Ja Muttermilch voll gestillt bis zum ____ . Lebensmonat
- Nein Ja Flaschennahrung
- Nein Ja Breimahlzeiten und Fütterung mit dem Löffel
- Nein Ja Kauen
- Nein Ja Gab/ gibt es Probleme bei der Ernährung ihres Kindes?

Welche? _____

Entwicklung

- Erstes Lächeln ____ Monaten
- Gezieltes Greifen ____ Monaten
- Drehen ____ Monaten
- Krabbeln ____ Monaten
- Freies Laufen ____ Monaten
- Erste sinnvolle Worte mit ____ Monaten
- Erste kleine Sätze (2-3-Wortsätze) ____ Monaten
- Selbständiges Essen mit dem Löffel ____ Monaten
- Dreirad mit Treten ____ Jahren
- Fahrrad ohne Stützräder ____ Jahren
- Sauber/ trocken tags? Nein Ja, mit ____ Jahren
- Sauber/ trocken nachts? Nein Ja, mit ____ Jahren

Kindergarten/Schule

Derzeit besuchter Kindergarten/Schule?

Name der Einrichtung: _____

Art des Kindergartens/Schule: _____

Telefon: _____

Gruppe/ Klasse: _____

Erzieherin/ Klassenlehrerin: _____

Besucht oder besuchte Ihr Kind den Kindergarten?

- Nein Ja Kindertagesstätte
- Regelkindergarten
- Integrativer Kindergarten
- Vorschulklasse:
- Sonstige Einrichtungen: _____

Kindergarteneintritt: _____

Gab oder gibt es Probleme im Kindergarten?

Nein Ja Welche? _____

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?

Nein Ja Warum? _____

Wurde Ihr Kind bereits eingeschult?

Nein Ja, mit _____ Jahren
Ihr Kind besucht jetzt die ____ Klasse
Hat Ihr Kind bisher eine Klasse wiederholt? ____ Klasse

Gab oder gibt es Probleme in der Schule?

Nein Ja Welche? _____

Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben?

Nein Ja Welche? _____

Was macht Ihr Kind in der Freizeit?

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?

Nein Ja, mit _____

Es spielt:

- Gruppen/Vereine _____ Stunden wöchentlich
- TV _____ Stunden täglich
- Computer _____ Stunden täglich
- Spielkonsolen _____ Stunden täglich
- Sonstiges: _____

Welche Stärken hat Ihr Kind?

Bestätigung des überweisenden Kinderarztes (unbedingt erforderlich!)

Name, Vorname des Kindes

Geb.-Datum

Kommentar:

Praxisstempel

Datum

Unterschrift

Ohne die Bestätigung des überweisenden Kinderarztes über die Notwendigkeit der Vorstellung im SPZ, kann leider kein Vorstellungstermin vereinbart werden.

Name, Vorname des Kindes, Geburtsdatum

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung im SPZ einverstanden sind.

Es besteht (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Gemeinsames Sorgerecht
- Alleiniges Sorgerecht
 - bei Mutter
 - bei Vater
- Sorgerecht liegt bei _____

Wurde die Gesundheitsfürsorge auf andere Personen übertragen?

- Ja, auf _____
- Nein

- **Änderungen im Sorgerecht, insbesondere bezüglich Gesundheitsfürsorge, müssen dem SPZ umgehend mitgeteilt werden, solange sich das Kind dort in Behandlung befindet.**
- **Diese Einverständniserklärung ist gültig bis Widerruf.**

Unterschrift aller Sorgeberechtigten



Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten



Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Bei Pflegeverhältnis:

Ich bin einverstanden, dass ärztliche Informationen an die Pflegeeltern weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten



Datenschutzhinweise des Sozialpädiatrischen Zentrums der St. Elisabeth-Stiftung

Der St. Elisabeth-Stiftung ist der sichere Umgang mit Ihren Daten besonders wichtig. Wir möchten Sie daher ausführlich über die Datenverarbeitung bei der Anmeldung für eine Behandlung informieren. Dieses Informationsschreiben dient der Umsetzung der in §§ 14,15 KDG enthaltenen Transparenzpflichten.

1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen für die Datenverarbeitung

Diese Datenschutzhinweise gelten für die Datenverarbeitung durch die St. Elisabeth-Stiftung, Steinacher Straße 70, 88339 Bad Waldsee, Tel. 07524/906-100, E-Mail: info@st-elisabeth-stiftung.de.

Datenschutzbeauftragter für die St. Elisabeth-Stiftung ist Herr Manfred Frik, St. Elisabeth-Stiftung, Steinacher Straße 70, 88339 Bad Waldsee. E-Mail: datenschutzbeauftragter@st-elisabeth-stiftung.de

2. Datenerhebung und -verarbeitung zur Vertragsabwicklung

Wir erheben personenbezogene Daten, wenn Sie diese im Rahmen Ihrer Anmeldung zu einer Behandlung oder bei einer Kontaktaufnahme mit uns (zum Beispiel per E-Mail, per Post oder Telefon) freiwillig mitteilen. Hierbei handelt es sich um folgende Kategorien von Daten: Stammdaten, Kommunikationsdaten, Vertragsdaten, Gesundheitsdaten, Versicherungsdaten, insbesondere

- Name, Vorname von Eltern und Kindern
- Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort
- E-Mail-Adresse
- Faxnummer
- Telefonnummer
- Geburtsdatum
- Krankenversicherung Nummer
- Diagnosen

Wir verwenden die von Ihnen mitgeteilten Daten zur Vertragsabwicklung und Bearbeitung Ihrer Anfragen. Die Datenverarbeitung ist für die Erfüllung eines Vertrages oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen erforderlich, die auf Ihre Anfrage hin erfolgen § 6 Abs. 1 lit. c) KDG)

Nach vollständiger Abwicklung des Behandlungsvertrages werden Ihre Daten bis zum Ablauf der Verjährung von möglichen Ansprüchen aus der Geschäftsbeziehung gespeichert und dann gelöscht, es sei denn, dass wir aufgrund von steuer- oder handelsrechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten zu einer längeren Speicherung verpflichtet sind oder Sie in eine längere Speicherung eingewilligt haben (§ 6 Abs.1. lit b) KDG)

3. Datenweitergabe

Es werden folgende personenbezogenen Daten an folgende Dritte weitergegeben:

- An die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV): Name, Vorname, Geburtstag, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort, Krankenversicherungsstatus von Kindern und Hauptversicherten, Diagnosen als ICD-10 vom Kind. Zweck der Weitergabe: Abrechnung der Quartalspauschale nach SGB V. Die Weitergabe erfolgt auf Grundlage der von Ihnen erteilten Einwilligung gemäß § 6 Abs. 1 lit. b) KDG
- An den Landkreis des Wohnortes: Patientendaten von Kindern, die noch nicht eingeschult sind: Name, Vorname, Geburtstag, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort Zweck der Weitergabe: Abrechnung der Leistungen gemäß der Eingliederungshilfe (Frühförderleistungen nach SGB IX).. Die Weitergabe erfolgt auf Grundlage der von Ihnen erteilten Einwilligung gemäß § 6 Abs. 1 lit. b) KDG
- An den zuweisenden Arzt und/oder Ärzte anderer Facheinrichtungen und Therapeuten bzw. pädagogisches Fachpersonal je nach Schweigepflichtentbindung oder Überweisungsschein.

Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Für den Widerruf genügt es, eine E-Mail zu senden an spz@st-elisabeth-stiftung.de oder ein Schreiben per Post senden an Sozialpädiatrisches Zentrum, Nikolausstraße 10, 88212 Ravensburg.



- **Mit dem Widerruf ist eine weitere Betreuung / Behandlung im SPZ leider nicht mehr möglich.**

4. Betroffenenrechte

Sie haben folgende Rechte:

- a. Gemäß § 8 Abs. 6 KDG haben Sie das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.
- b. Gemäß § 17 KDG haben Sie das Recht, Auskunft über die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen.
- c. Gemäß § 18 KDG haben Sie das Recht, die unverzüglichen Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten oder deren Vervollständigung zu verlangen.
- d. Gemäß § 19 KDG haben Sie das Recht, die Löschung der personenbezogenen Daten zu verlangen.
- e. Gemäß § 20 KDG haben Sie das Recht, die Einschränkung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu verlangen.
- f. Gemäß § 22 KDG haben Sie das Recht, die personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen.
- g. Gemäß § 23 KDG haben Sie das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die aufgrund von § 6 Abs. 1 lit. b) oder g) erfolgt, Widerspruch einzulegen. Für den Widerruf genügt es, eine E-Mail zu senden an spz@st-elisabeth-stiftung.de oder ein Schreiben per Post senden an Sozialpädiatrisches Zentrum, Nikolausstraße 10, 88212 Ravensburg.
- h. Gemäß § 48 KDG haben Sie das Recht auf Beschwerde bei der Datenschutzaufsicht dem Katholischen Datenschutzzentrum Frankfurt a.M.
- i. Gemäß § 49 KDG haben Sie das Recht auf gerichtlichen Rechtsbehelf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten



Schweigepflichtentbindung

Informationen zum Datenschutz

Die Mitarbeiter/innen des SPZ Ravensburg unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes. Zur Planung und Abklärung von Fördermöglichkeiten/Therapien kann es erforderlich sein, sich mit anderen Institutionen auszutauschen. Dies ist nur mit einer schriftlichen Zustimmung möglich.

Name, Vorname des Kindes

Geb.-Datum

Nachfolgend aufgeführte Ärzte, Therapeuten und Einrichtungen und sonstige Personen entbinde(n) ich/wir von ihrer vertraglichen und gesetzlichen Schweigepflicht. Wenn nicht ausdrücklich anders vermerkt, umfasst diese Entbindung den telefonischen Austausch von Informationen und die wechselseitige Übersendung bzw. den Erhalt von Berichten und Befunden, die für den Behandlungsauftrag des SPZ relevant sind.

Ärztinnen und Ärzten und Kliniken

Name, Adresse, Telefon

Name, Adresse, Telefon

Therapeutinnen und Therapeuten

Name, Adresse, Telefon

Name, Adresse, Telefon

Einrichtungen (z.B. Kindergarten, Schule, Frühförderstelle)

Name, Adresse, Telefon

Name, Adresse, Telefon

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten