



Anmeldebogen SPZ Rhein-Erft-Kreis

Liebe Eltern / Sorgeberechtigte / Betreuer*innen,

- Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig und möglichst vollständig aus.
- **Die Anmeldung wird nur bearbeitet, wenn Stempel und Unterschrift der/des überweisenden Ärztin/Arztes vorhanden sind (Seite 4).**
- **Senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Anmeldebogen per Fax, Post oder E-Mail an:** SPZ Rhein-Erft-Kreis, Buchenweg 9 - 11, 50169 Kerpen, Fax: 02273-9157-22, info@spz-rhein-erft-kreis.de
- Reichen Sie bitte alle vorhandenen Vorbefunde mit diesem Anmeldebogen ein
- Nach Eingang des Anmeldebogens beginnt die Wartezeit für den Vorstellungstermin, die je nach Problematik und Auftrag mehrere Monate betragen kann.
- Zum vereinbarten Termin bringen Sie bitte eine Überweisung von Ihrem Ihrer Kinder- und Jugendarzt/-ärztin /-psychiater/in mit (gesetzlich Versicherte)
- Bitte bringen Sie auch das gelbe Heft mit zum Termin
- Informieren Sie uns frühzeitig, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können

Kontaktdaten für die Terminabsprache:

Ihr Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Straße / Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Aufenthaltsstatus: _____ Krankenkasse: gesetzlich privat

Versichert über: Mutter Vater andere: _____

Kind lebt bei: beiden Eltern Mutter Vater Andere: _____

Sorgerecht: beide Eltern Mutter Vater Andere: _____

Gesundheitsfürsorge: _____ Aufenthaltsbestimmungsrecht: _____

Schwerbehindertenausweis / Grad der Behinderung vorhanden? ____ GdB Merkzeichen: _____

Besteht ein Pflegegrad? _____

Besteht / Bestand Kontakt zum Jugendamt? Nein Ja, _____

Andere wichtige Kontaktpersonen: Familienhilfe/SPFH FUD (Familienunterstütz. Dienst)

Name: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____



Angaben zu den leiblichen Eltern

	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße + Hausnummer		
PLZ und Ort		
Staatsangehörigkeit		
Schulabschluss		
Berufsausbildung		
Derzeitige Tätigkeit		
Aufenthaltsstatus		
Weitere gemeinsame Kinder		
Kinder eines Elternteils		

Bei Fremdunterbringung (Pflege- / Adoptivfamilie) / institutioneller Unterbringung

Name: _____

Adresse (Str., PLZ, Ort): _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Pflegeeltern Adoptiveltern Wohngruppe / Pflegestelle

Vormund: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Nachweis/e / Vollmachten: liegen in Kopie bei werden zum Ersttermin mitgebracht

Jugendamt: _____ Ansprechpartner: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Informationen zur Schwangerschaft

Schwangerschaft: ohne Probleme Probleme: _____

Auffällige Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen? nein ja, _____

Medikamenteneinnahme: nein ja: _____ Nikotin: nein ja

Alkohol: nein ja: _____ andere Drogen: nein ja: _____

Alter d. Mutter bei Geburt: _____ Alter d. Vaters bei Geburt: _____

Informationen zum Kind

Folgende Angaben finden Sie im gelben Vorsorgeheft (U-Heft) Ihres Kindes:

Schwangerschaftswoche: _____ Geburtsmodus: spontan Kaiserschnitt

Nabelschnur-pH: _____ Apgar-Werte: ___/___/___

Gewicht: _____ Körperlänge: _____ Kopfumfang: _____

Gab es Besonderheiten bei/nach der Geburt? nein ja: _____

Bisherige Entwicklung:

Krabbeln: _____ Monate Freies Sitzen: _____ Monate



Freies Laufen: ____ Monate Erste Worte: ____ Monate

Erste 2-3-Wort-Kombinationen: ____ Monate

Trocken mit: _____ Sauber mit: _____

Kindertagesstätte (Name, Ort): _____ Besuch erfolgt seit: _____

Schule (Name, Ort): _____ Klasse: ____ Schulbesuchsjahr: _____

Integrationshelfer / Assistenz Inklusionskind

Förderschwerpunkt: _____

Gibt oder gab es Hilfsmittel? (z.B. Rollstuhl, Orthesen)

Nein Ja: _____

Aktuelle / bisherige Therapien:

Therapie	Aktuell	seit (Monat/Jahr)	von - bis
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Logopädie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Heilpädagogik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Frühförderung (IFF)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Andere:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Die Vorstellung im SPZ erfolgt auf Empfehlung von:

Kindergarten Schule (Kinder- & Jugend-) Arzt/Ärztin Therapeut/in

Frühere Vorstellung:

in unserem SPZ in einem anderen SPZ: _____

Kinder- und Jugendpsychiatrie (Interdisziplinäre) Frühförderstelle:

Geschwisterkind in unserem SPZ bekannt? _____

Vorerkrankungen/Vorbefunde: _____

Krankenhausaufenthalte / OP's: _____



Vorbefunde (z.B. Augenarzt, HNO, andere): _____

Vorerkrankungen in der Familie: _____

Weshalb möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?



Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum Rhein-Erft-Kreis vorgestellt wird.
Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.
Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir dem Sozialpädiatrischen Zentrum umgehend mit.

 _____ 
Datum & eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

HINWEIS : Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum Rhein-Erft-Kreis aus rechtlichen Gründen nicht möglich!

Einverständniserklärungen:

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden. nein ja



Fotos/Videos zu diagnostischen Zwecken gemacht werden: nein ja

Ich gebe hiermit die Einwilligung zur Videosprechstunde und bestätige, dass ich die Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde erhalten und zur Kenntnis genommen habe. nein ja

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per SMS, Mail oder Telefon vom SPZ erhalte. nein ja

Ich/Wir stimme/n der Übermittlung von patientenbezogenen Daten und Befunden zwischen dem überweisenden Arzt und dem SPZ Rhein-Erft-Kreis zu (§73 SGBV) nein ja

Wir weisen Sie darauf hin, dass Benachrichtigungen per SMS oder Mail unverschlüsselt versendet werden und damit unter Umständen von unberechtigten Dritten mitgelesen werden können.

 _____ 
Datum & eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

Ich kann meine/wir können unser Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte vom zuweisenden Arzt / Ärztin ausfüllen lassen:

Fragestellung und weitere Anmerkungen (z.B. Rückruf gewünscht, Dringlichkeit):

„Zustimmung“, Datum, Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin:



Videosprechstunde im SPZ - Information und Einwilligung

Liebe Eltern und andere Sorgeberechtigte,

seit April 2017 sind verschiedene Untersuchungen auch in Form von Videotermi-
nen möglich. Ihr behandelnder Arzt oder Therapeut im SPZ entscheidet, ob ein Termin per Video für Sie in infrage kommt.

In einer Videosprechstunde läuft das Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Arzt/Therapeuten ähnlich ab wie ein Gespräch vor Ort. Sie und Ihr Arzt/Therapeut befinden sich nur nicht am selben Ort. Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu ins SPZ kommen müssen.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer oder Tablet mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internet-
verbindung reichen aus. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter, den das SPZ beauftragt und der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss.

Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrem Arzt/Therapeut besprechen, vertraulich bleibt.

Hiermit informieren wir Sie insbesondere über das Vorgehen der Videosprechstunde und Fragen des Datenschutzes.

Vorgehen: Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

1. Sie erhalten vom SPZ einen Termin für die RED connect-Videosprechstunde, die Internetadresse des Videodienstanbieters und den Einwahlcode für die Videosprechstunde.
2. Am Tag des Termins wählen Sie sich ca. 5 Minuten vor dem Termin auf der Internetseite des Videodienstanbieters mit Ihrem Einwahlcode ein. Dies sollte möglich sein, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen.
3. Der Videodienstanbieter wird Sie beim Einwählen nach Ihrem Namen fragen. Bitte geben Sie diesen korrekt an. Nur so kann der Behandler Sie richtig zuordnen.
4. Sie werden dann in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald Ihr Behandler zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihr Termin beginnen.
5. Ist die Sprechstunde beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

Datensicherheit:

Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.

Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.

Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.

Dem Videodienstanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen.



Einwilligungserklärung – Datenschutz

Mit Ihrer Einwilligung zur Videosprechstunde, die Sie auf dem „Erhebungsbogen zur Familie“ gegeben haben, erklären Sie, ausreichend über den oben benannten Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden sein.

Ihnen ist bekannt, dass die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der RED-Software für Sie unentgeltlich ist.

Sie versichern, dass:

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei Ihnen die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED connect Videosprechstunde vorliegen.

Sie sind einverstanden, dass:

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt.
- Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt im SPZ.

Ihnen ist bekannt, dass Sie diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen können. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen behandelnden Arzt/Therapeuten ausreichend.

Durch Ihre Unterschrift auf Seite 4 des „Anmeldebogen SPZ Rhein-Erft-Kreis“ erklären Sie die vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der oben stehenden Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.