



Geschäftsführer: Dr.med. Harald Lüdicke, Buchenweg 9–11, 50169 Kerpen, Tel. (0 22 73) 91 57-0

## Erhebungsbogen zur Familie

Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Eltern,

zur umfassenden Betreuung Ihres Kindes bitten wir Sie nachfolgend um einige persönliche Angaben. Diese werden ausschließlich zusammen mit den Patientendaten gespeichert und unter-liegen somit der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

### Patient:

Kind Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  
Geburtsland Deutschland?  ja  nein Einreisejahr: \_\_\_\_\_  
Religion: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Wer ist des behandelnde Arzt Ihres Kindes?

Name: \_\_\_\_\_  
Fachrichtung: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Welchen Kindergarten oder welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit?

Einrichtung: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Gruppe/Klasse: \_\_\_\_\_ ErzieherIn/KlassenlehrerIn: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

### Familie:

Ist Ihr Kind  leibliches Kind  adoptiert  Pflegekind

### **Lebt Ihr Kind**

mit beiden Eltern  bei der Mutter  beim Vater  bei Pflegeeltern  im Heim  
 oder wo sonst? \_\_\_\_\_

Benötigen Sie einen Dolmetscher?  nein  ja, welche Sprache: \_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie uns alle Geschwister, Halbgeschwister und mit in der Familie lebende Kinder

Name

Vorname

Geb.-Datum

---

---

---

---

---

**Wie ist Ihr Familienstand?**

ledig

zusammenlebend seit: \_\_\_\_\_

verheiratet seit: \_\_\_\_\_

getrennt seit: \_\_\_\_\_

geschieden seit: \_\_\_\_\_

Wer hat das Sorgerecht ?

Eltern

nur Mutter

nur Vater

Sonst:

**Name, Vorname. des/der Sorgeberechtigten:**

---

---

---

---

**Anschrift (falls abweichend):**

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 zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

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.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden. Ich kann meine/wir können unser Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Einverstanden:  Ja  Nein

  X   \_\_\_\_\_

**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!

Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und tragen den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts ein : \_\_\_\_\_

**Leibliche Mutter:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: deutsch  ja  nein, welche: \_\_\_\_\_

zweite Staatsangehörigkeit  ja, welche: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

welcher Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Welchen Beruf haben Sie erlernt? \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie aus? \_\_\_\_\_

Zusatzangaben (vom SPZ auszufüllen):

**Leiblicher Vater:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: deutsch  ja  nein, welche: \_\_\_\_\_

zweite Staatsangehörigkeit  ja, welche: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

welcher Schulabschluss \_\_\_\_\_

Welchen Beruf haben Sie erlernt? \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie aus? \_\_\_\_\_

Zusatzangaben (vom SPZ auszufüllen):

**Pflegemutter**       **Adoptivmutter**       **Stiefmutter**       **oder .....**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: deutsch  ja       nein, welche: \_\_\_\_\_

zweite Staatsangehörigkeit  ja, welche: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

welcher Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Welchen Beruf haben Sie erlernt? \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie aus? \_\_\_\_\_

Zusatzangaben (vom SPZ auszufüllen):

**Pflegevater**       **Adoptivvater**       **Stiefvater**       **oder .....**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: deutsch  ja       nein, welche: \_\_\_\_\_

zweite Staatsangehörigkeit  ja, welche: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

welcher Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Welchen Beruf haben Sie erlernt? \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie aus? \_\_\_\_\_

Zusatzangaben (vom SPZ auszufüllen):