



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.

Ja

Nein

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

Ja

Nein

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

 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):