



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

Erhebungsbogen zur Familie bei Wiederanmeldung

Datum: _____

Sehr geehrte Eltern,

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

Patient:

Kind Name: _____ Geb.-Datum: _____

Vorname: _____

Wer ist der 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 : _____