



## 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) oder eine Überweisung beiliegt.**
- **Senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Anmeldebogen per Fax, Post oder E-Mail (als PDF-Datei) 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: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

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?  Nein  1  2  3  4  5

Besteht / Bestand Kontakt zum Jugendamt?  Nein  Ja, Stadt/Kreis \_\_\_\_\_



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: \_\_\_\_\_

Adresse (Str., PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

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, Brille)**

- 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 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 Videotermi­nen 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.**