

Wiedervorstellung Familienfragebogen SPZ Stuttgart

Klinikum Stuttgart
Olgahospital

vergeben an:

Eingang am:

Sozialpädiatrisches Zentrum
 Kriegsbergstr.62
 70174 Stuttgart
 Tel. 0711 278-72760

Termin am:

verschickt über:

Fax: 0711 278-72429

E-Mail: spz@klinikum-stuttgart.de

Liebe Eltern,
 bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen einen **neuen Untersuchungstermin** erst dann nennen können, wenn uns dieser **FRAGEBOGEN ausgefüllt** vorliegt.

Kind:			weiblich <input type="checkbox"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	männlich <input type="checkbox"/>
Mutter:			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
Vater:			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
Anschrift:			
Straße/ Hausnummer		PLZ/ Ort	
Telefonnummer:			
Mobil		Festnetznummer	
Emailadresse:			
Kostenträger:			
<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> privat: _____ <input type="checkbox"/> Sozialamt (<u>Achtung:</u> Bei Kostenträger Sozialamt ist vorab eine schriftliche Zusage der Kostenübernahme notwendig)			
Wann war Ihr Kind zuletzt hier im SPZ?		Bei wem?	
Wird ein Dolmetscher benötigt?		Sprache:	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

Vom **überweisenden (Kinder-)Arzt/Ärztin** unbedingt vorher auszufüllen:
Diagnosen / Fragestellungen:

Stempel/Unterschrift

Weshalb wollen Sie Ihr Kind bei uns vorstellen? (Probleme/Fragen/Sorgen?) Bitte beschreiben Sie ausführlich:

Bitte füllen Sie Folgendes für uns so genau wie möglich aus:

Gesundheit Ihres Kindes:
 Erkrankungen seit letzter Vorstellung :

Häufige Ohrinfekte?	nein <input type="checkbox"/>	ja: _____
Krampfanfälle:	nein <input type="checkbox"/>	ja: _____
Krankenhausaufenthalte:	nein <input type="checkbox"/>	ja: _____
Unfälle/OPs:	nein <input type="checkbox"/>	ja: _____
Allergien:		

Medikamente:		
Hilfsmittel: (Brille , Einlagen, Hörgeräte, Rollstuhl o.ä.)		
Bisherige Diagnostik/ Untersuchungen bei Ihrem Kind: (bitte <u>unbedingt</u> Berichte mitschicken!)		
Hörtest bei HNO zuletzt:		Augenarzt zuletzt:
Pädaudiologie Untersuchung?		
EEG:	nein <input type="radio"/>	ja: (wann?)
MRT:	nein <input type="radio"/>	ja: (wovon und wann?)
Sonstige Untersuchungen:		
Welche anderen Beratungen oder Hilfen wurden seit der letzten Vorstellung in Anspruch genommen? (Frühförderstelle, anderes SPZ, Sonderpädagogischer Dienst, Beratungslehrer etc.?) (bitte <u>unbedingt</u> Berichte mitschicken!)		
Therapien/ Fördermaßnahmen seit letzter Vorstellung (bitte Berichte mitschicken)		
Krankengymnastik:	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> wann?
Logopädie:	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> wann?
Ergotherapie:	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> wann?
Psychotherapie:	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> wann?
Sonstiges:	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> wann?
Unterstützende Maßnahmen seit letzter Vorstellung (z.B. Jugendamt/ Integrationskraft/ Frühförderung):		
Sozialrechtliches: nein <input type="radio"/>		
Schwerbehindertenausweis GdB:		ja <input type="radio"/> gültig bis: Merkzeichen:
Pflegegrad:		gültig bis:
Umweltfaktoren und Familienanamnese:		
Wesentliche Veränderungen seit letzter Vorstellung:		
Leben die Eltern zusammen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein wo? in Wohnung/Haus/Wohnheim?		
Beruf/stätigkeit Mutter:		
Berufs/tätigkeit Vater:		
Sorgerecht: <input type="radio"/> gemeinsam <input type="radio"/> alleiniges Sorgerecht bei:		
Geschwister: (Geschlecht, Alter)		Fehlgeburten/verstorbene Geschwister? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja:
Gesundheit der Familie/ Veränderungen seit letzter Vorstellung:		
Erkrankungen in der Familie:		nein <input type="radio"/> ja:
Psych. Belastungen:		nein <input type="radio"/> ja:
Gab es ähnliche Probleme wie bei Ihrem Kind auch bei anderen Personen in der Verwandtschaft?		

Angaben zum Kindergarten:		
Kita/ Kindergarten:		
Beginn im Alter von:		
Gibt/ Gab es Probleme? wenn ja, welche?		
Schulischer Werdegang:		
Rückstellung/ Besuch einer Grundschulförderklasse?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
Wiederholung einer Klasse?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
Welche Klasse aktuell?		
Welche Schule?		
Gibt/ Gab es Probleme? wenn ja, welche?		

Unterschrift zum Datenschutz bitte nicht vergessen. Falls Ihr Kind bereits die Schule besucht, bitte auch die ausgefüllten **Schulfragebögen** (Download auf unserer Homepage) mitschicken.

Einverständniserklärung Verarbeitung von Daten durch das Klinikum Stuttgart, einschließlich SPZ-Team, gem. Art. 6, 9, 17, 18 EU- Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i.V.m. § 45 Landeskrankenhausgesetz BW:

Die Einzelheiten zum Datenschutz (Verantwortlichkeiten, Zwecke der Datenverarbeitung, Zugriff auf und Empfänger Ihrer Daten, Speicherung, Sperrung und Löschung der Daten sowie rechtliche Grundlagen und Ihre Rechte) wurden mit Ihnen besprochen bzw. können Sie der zur Verfügung gestellten Informationsschrift „Patienteninformation zum Datenschutz“ entnehmen. Nach Gelegenheit zur Nachfrage erteilen Sie die folgenden Einwilligungserklärungen:

Hiermit bin ich einverstanden, dass meine Daten, welche mit diesem Fragebogen im Rahmen der medizinischen Versorgung erhoben wurden, nach den Bestimmungen der derzeit gültigen EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bzw. der einschlägigen Spezialgesetze, durch das Klinikum Stuttgart, einschließlich des SPZ-Teams, verarbeitet werden dürfen.

Auf mein Verlangen sperrt das Klinikum im Rahmen der technischen Möglichkeiten die besonderen personenbezogenen Daten gem. Art. 17, 18 DSGVO. Diese Sperrung wird nur zur Abwendung von unmittelbarer Gefahr für mich, mit meiner Einwilligung, bei Geltendmachung von Rechtsansprüchen oder nach gesetzlichen Vorgaben aufgehoben, wobei ich von der Aufhebung unterrichtet werde. Nach Ablauf von längstens 30 Jahren seit Behandlungsende oder nach den zeitlichen Vorgaben der einschlägigen, spezialgesetzlichen Regelungen werden die Daten im Rahmen der technischen Möglichkeiten gelöscht.

Die vorgehenden Einwilligungserklärungen habe ich gelesen und verstanden. Sie können mit Wirkung für die Zukunft jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Die Mitarbeiter des SPZ-Teams sichern zu, dass alle Daten und Informationen streng vertraulich behandelt werden. Es steht mir jederzeit frei, auf die Leistungen des SPZ-Teams zu verzichten oder Angebote des SPZ-Teams abzulehnen. Nachteile entstehen mir dadurch nicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum:

Name Erziehungsberechtigte(r):

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r):

Geschafft ☺ Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Ihr SPZ-Team