



Einverständniserklärungen

Ich bestätige/ wir bestätigen hiermit, dass ich/ wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/ sind, dass

....., geb. am im Kinderzentrum Oldenburg - SPZ vorgestellt wird.
(Vorname/ Nachname des Kindes) (Geburtsdatum)

Mit meinen/ unseren Unterschriften erkläre ich/ erklären wir, für das Kind personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile ich / teilen wir dem Kinderzentrum Oldenburg - SPZ umgehend mit.

Ich bin/ wir sind:

Mutter Vater Vormund Sonstige: ...

Datum & eigenhändige Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

HINWEIS: Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im Kinderzentrum Oldenburg - SPZ aus rechtlichen Gründen nicht möglich!

Ich bin/ wir sind damit einverstanden,

- dass meine/ unsere personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden: nein ja
- dass ich/ wir Terminerinnerungen per SMS, E-Mail oder Telefon vom SPZ erhalte/ erhalten: nein ja
(Wir weisen Sie darauf hin, dass Benachrichtigungen per SMS oder E-Mail unverschlüsselt versendet werden und damit unter Umständen von unberechtigten Dritten mitgelesen werden können.)
- dass patientenbezogene Daten und Befunde zwischen dem überweisenden Arzt und dem Kinderzentrum Oldenburg - SPZ übermittelt werden dürfen: nein ja

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

Ich bin/ wir sind:

Mutter Vater Vormund Sonstige: ...

Datum & eigenhändige Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

Vielen Dank für Ihre Informationen und Ihre Anmeldung.



Kontaktformular für Zuweisende

- Neuanmeldung** (Kind war noch nie im SPZ)
- Wiederanmeldung** (Kind war schon im SPZ)



Diakonie
Kinderzentrum Oldenburg
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Bitte übermitteln Sie das vollständig ausgefüllte Formular postalisch oder per Fax an:
Kinderzentrum Oldenburg – SPZ, Cloppenburger Straße 361, 26133 Oldenburg, Fax +49 441-9696750

Angaben zum Kind

| | | |
|-------|----------|---------------|
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
|-------|----------|---------------|

Überweisungsgrund

Bitte geben Sie relevante Diagnosen an:

Welche konkrete Fragestellung haben Sie an uns? (Bitte beschreiben Sie diese kurz.)

eine Sprachmittlung ist erforderlich (Bitte zuvor durch die Eltern/ Sorgeberechtigte organisieren lassen.)

welche Sprache(n): ...

Weitere Informationen/ Bemerkungen:

Datum/Praxisstempel

Vielen Dank für Ihre Informationen und Ihre Unterstützung.