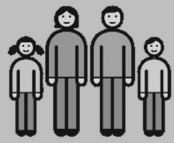
**Kontaktformular für Eltern/ Sorgeberechtigte**☐ **Neuanmeldung** (Kind war noch nie im SPZ)☐ **Wiederanmeldung** (Kind war schon im SPZ)**Diakonie**Kinderzentrum Oldenburg
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)**Bitte übermitteln Sie das vollständig ausgefüllte Formular postalisch oder per Fax an:**

Kinderzentrum Oldenburg – SPZ, Cloppenburger Straße 361, 26133 Oldenburg, Fax +49 441-9696750

Bitte achten Sie darauf, alle Felder auszufüllen!

Personenbezogene Informationen				
Kind	Name:	Vorname(n):	Geburtsdatum:	Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ d
	Alter: Jahre			
	Wohnadresse:			Krankenversicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat
Sorgerecht liegt bei: ☐ beiden Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Adoptiveltern ☐ Jugendamt ☐ Sonstigen: ...				
Kontaktpersonen		☐ Elternteil ☐ Pflegeelternteil ☐ Adoptivelternteil	☐ Elternteil ☐ Pflegeelternteil ☐ Adoptivelternteil	☐ Vormund ☐ sonstige: ...
	Name			
	Adresse	☐ wie Kind ☐ abweichend: ...	☐ wie Kind ☐ abweichend: ...	
	Festnetz			
	Mobil (Pflicht)			
	E-Mail (Pflicht)			
Frühere Vorstellung im SPZ Oldenburg: ☐ mit diesem Kind, zuletzt im Jahr: ... ☐ mit Geschwisterkind(ern) (Name/n): ...				

Informationen zum Vorstellungsgrund
Welche Hilfen erwarten Sie von uns <u>für Ihr Kind</u> bzw. <u>für Ihre Familie</u>? Was soll sich verändern?
Welche Untersuchungen wurden schon durchgeführt bzw. sind geplant?
☐ anderes SPZ (welches?): ... ☐ Ambulanz/ Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie
☐ Gesundheitsamt ☐ Schulpsychologie ☐ Pädaudiologie ☐ Neuropädiatrie
☐ Sonstige: ...
Welche Therapie/ Hilfen hat das Kind schon?
☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Psychotherapie: ☐ ambulant ☐ stationär
☐ Frühförderung ☐ Familienhilfe ☐ Familienberatungsstelle ☐ Familienentlastender Dienst ☐ Schulassistenz
☐ Sonstige: ...



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.