

Kontaktformular für Eltern/ Sorgeberechtigte

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



Diakonie

Kinderzentrum Oldenburg
 Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

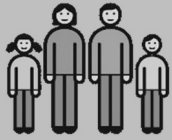
Bitte übermitteln Sie das vollständig ausgefüllte Formular postalisch oder per Fax an:

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

Bitte achten Sie darauf, alle Felder auszufüllen!

Personenbezogene Informationen				
Kind	Name:	Vorname(n):	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
	Wohnadresse:			Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
	Sorgerecht liegt bei: <input type="checkbox"/> beiden Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Adoptiveltern <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Sonstigen: ...			
Kontaktpersonen		<input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> Adoptivelternteil	<input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> Adoptivelternteil	<input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> sonstige: ...
	Name			
	Adresse	<input type="checkbox"/> wie Kind <input type="checkbox"/> abweichend: ...	<input type="checkbox"/> wie Kind <input type="checkbox"/> abweichend: ...	
	Festnetz			
	Mobil (Pflicht)			
	E-Mail (Pflicht)			
Frühere Vorstellung im SPZ Oldenburg: <input type="checkbox"/> mit diesem Kind, zuletzt im Jahr: ... <input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> anderes SPZ (welches?): ... <input type="checkbox"/> Ambulanz/ Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Schulpsychologie <input type="checkbox"/> Pädaudiologie <input type="checkbox"/> Neuropädiatrie <input type="checkbox"/> Sonstige: ...
Welche Therapie/ Hilfen hat das Kind schon?
<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Familienhilfe <input type="checkbox"/> Familienberatungsstelle <input type="checkbox"/> Familienentlastender Dienst <input type="checkbox"/> Schulassistenz <input type="checkbox"/> 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!

Wir weisen Sie darauf hin, dass mit der Anmeldung im SPZ:

- Ihre personenbezogenen Daten zum Zwecke der Behandlung im SPZ gespeichert und verarbeitet werden
- Sie Terminerinnerungen per SMS, E-Mail oder Telefon vom SPZ erhalten
(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.)
- Patientenbezogene Daten und Befunde zwischen dem überweisenden Arzt und dem Kinderzentrum Oldenburg - SPZ übermittelt werden

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

Vielen Dank für Ihre Informationen und Ihre Anmeldung.

**Kontaktformular für Ärztin/Arzt (Überweiser)**

- ☐ **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, Cloppener 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.