**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: <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

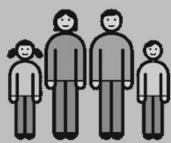
Welche Hilfen erwarten Sie von uns für Ihr Kind bzw. für Ihre Familie? Was soll sich verändern?

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, 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.