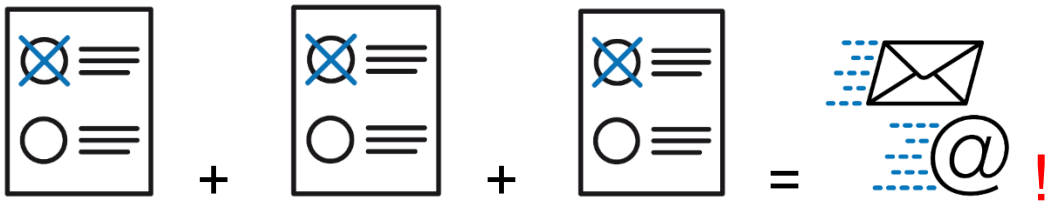
HINWEIS:

Eine Anmeldung erfolgt nur, wenn die Unterlagen vollständig sind!

[Die Daten werden sonst nicht gespeichert und die Unterlagen werden nicht aufbewahrt!]

Sie müssen:

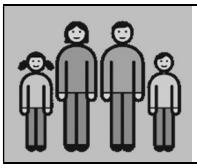
- **3 Seiten** (1+2+3) **zusammen (!)** zu uns schicken:
  - Kontaktformular für Eltern/ Sorgeberechtigte **UND** Kontaktformular für Ärztin/Arzt (Überweiser)



[Bitte keine einzelnen Seiten schicken]

- Formulare vollständig ausfüllen und unterschreiben

Vielen Dank für Ihre Anmeldung.



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
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 für Ihr Kind bzw. für Ihre Familie? 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!

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 <u>Ärztin/Arzt (Überweiser)</u>
☐ Neuanmeldung (Kind war noch nie im SPZ)
☐ Wiederanmeldung (Kind war schon im SPZ)

Diakonie
Kinderzentrum Oldenburg
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Bitte übermitteln Sie das <u>vollständig</u> 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.