

### 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

<b>Kind</b>	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: ...			
<b>Kontaktpersonen</b>	<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

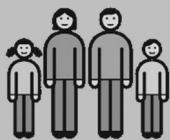
Welche Hilfen erwarten Sie von uns für Ihr Kind bzw. für Ihre Familie? Was soll sich verändern?

#### 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.**