

Familienfragebogen SPZ Stuttgart

Klinikum Stuttgart

vergeben an:

Eingang am:

Olgahospital

Termin am:

verschickt über:

Sozialpädiatrisches Zentrum

Kriegsbergstr.62

70174 Stuttgart

Tel. 0711 278-72760

Fax: 0711 278-72429

E-Mail: spz@klinikum-stuttgart.de

Liebe Eltern,

bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen einen Untersuchungstermin erst dann nennen können, wenn uns dieser FRAGEBOGEN ausgefüllt vorliegt.

Kind:		<input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/>	weiblich <input type="radio"/>
Name	Vorname		Geburtsdatum	
Mutter:				
Name	Vorname		Geburtsdatum	
Vater:				
Name	Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift:				
Straße/ Hausnummer			PLZ/ Ort	
Telefonnummer:				
Mobil			Festnetznummer	
Emailadresse:				
Kostenträger:				
(Krankenkasse/ Privat/ Sozialamt)				
War Ihr Kind oder ein Geschwisterkind schon hier im SPZ?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	bei wem?
Wird ein Dolmetscher benötigt?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Sprache:

Vom überweisenden Arzt/Ärztin unbedingt auszufüllen:

Diagnosen / Fragestellungen:

Stempel/Unterschrift

Weshalb wollen Sie Ihr Kind bei uns vorstellen? (Probleme/Fragen/Sorgen?) Bitte beschreiben Sie ausführlich:

Bitte füllen Sie Folgendes für uns so genau wie möglich aus:

Verlauf der Schwangerschaft: Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche:
Nahmen Sie/ hatten Sie während der Schwangerschaft 1) Erkrankungen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche: (z.B. auch Schilddrüse/Diabetes/Bluthochdruck) 2) Medikamente? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche: 3) Zigaretten? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wann und wieviel/Tag:

4) Alkohol? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, was und wieviel/Tag: 5) Drogen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche: 6) Seelische oder berufliche Belastungen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche:
Angaben zur Geburt (z.B. aus gelbem Vorsorgeheft): Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche Geburtsklinik: Gewicht: Länge: Kopfumfang: APGAR: I I Nabelschnur PH: Geburtsmodus: <input type="radio"/> Spontangeburt <input type="radio"/> geplanter Kaiserschnitt <input type="radio"/> ungeplanter Kaiserschnitt Probleme während/nach der Geburt: (z.B. Kinderklinikaufenthalt/Beatmung?)
Auffälligkeiten in Säuglings-/ Kleinkindzeit: Wurde Ihr Kind gestillt? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wie lange: Gab es Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: (z.B. Trinkschwierigkeiten, häufiges Erbrechen, extremes Schreien, Schlafprobleme, 3-Monatskoliken?)
Entwicklungsdaten: freies Gehen mit: Erste Worte mit : 2-Wortsätze mit: Familiensprache/n: Deutsch ab wann? „sauber und trocken sein“: tagsüber: nachts: Sonstige Auffälligkeiten:
Gesundheit Ihres Kindes: Bisherige Erkrankungen:
Häufige Ohrinfekte? nein <input type="radio"/> ja: Krampfanfälle: nein <input type="radio"/> ja: Krankenhausaufenthalte: nein <input type="radio"/> ja: Unfälle/OPs: nein <input type="radio"/> ja: Allergien:

Medikamente:			
Hilfsmittel: (Brille, Einlagen, Hörgeräte, Rollstuhl o.ä.)			
Bisherige Diagnostik/ Untersuchungen bei Ihrem Kind: (bitte <u>unbedingt</u> Berichte mitschicken!)			
Hörtest bei HNO zuletzt:		Augenarzt zuletzt:	
Pädaudiologie Untersuchung?			
EEG:	nein <input type="radio"/>	ja: (wann?)	
MRT:	nein <input type="radio"/>	ja: (wovon und wann?)	
Sonstige Untersuchungen:			
Welche anderen Beratungen oder Hilfen wurden in Anspruch genommen? (Frühförderstelle, anderes SPZ, Sonderpädagogischer Dienst, Beratungslehrer etc.?) (bitte <u>unbedingt</u> Berichte mitschicken!)			
Bisherige Therapien/ Fördermaßnahmen: (bitte Berichte mitschicken)			
Krankengymnastik	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wann?
Logopädie	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wann?
Ergotherapie	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wann?
Psychotherapie	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wann?
Sonstiges:	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wann?
Unterstützende Maßnahmen (z.B. Jugendamt/ Integrationskraft/ Frühförderung):			
Sozialrechtliches: nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>			
Schwerbehindertenausweis GdB:		gültig bis:	Merkzeichen:
Pflegegrad:		gültig bis:	
Umweltfaktoren und Familienanamnese:			
Leben die Eltern zusammen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		wo? in Wohnung/Haus/Wohnheim?	
Beruf/stätigkeit Mutter:			
Berufs/tätigkeit Vater:			
Sorgerecht:			
Geschwister: (Geschlecht, Alter)		Fehlgeburten/verstorbene Geschwister? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja:	

Gesundheit der Familie:		
Sind die Eltern miteinander verwandt?	nein <input type="radio"/>	ja: <input type="radio"/>
Erkrankungen in der Familie:	nein <input type="radio"/>	ja: <input type="radio"/>
Psych. Belastungen:	nein <input type="radio"/>	ja: <input type="radio"/>
Gibt/gab es ähnliche Probleme wie bei Ihrem Kind auch bei anderen Personen in der Verwandtschaft?		
Angaben zu Kindergarten:		
Kita/ Kindergarten:		
Beginn im Alter von:		
Gibt/ Gab es Probleme? wenn ja, welche?		
Schulischer Werdegang:		
Besuch einer Grundschulförderklasse?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
Rückstellung/ Wiederholung einer Klasse?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
Welche Klasse aktuell?		
Welche Schule?		
Gibt/ Gab es Probleme? wenn ja, welche?		

Unterschrift zum Datenschutz auf Seite 4 bitte nicht vergessen.

Falls Ihr Kind bereits die Schule besucht, bitte auch die ausgefüllten Schulfragebögen (Download auf unserer Homepage) mitschicken.

Einverständniserklärung Verarbeitung von Daten durch das Klinikum Stuttgart, einschließlich SPZ-Team, gem. Art. 6, 9, 17, 18 EU- Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i.V.m. § 45 Landeskrankenhausgesetz BW:

Die Einzelheiten zum Datenschutz (Verantwortlichkeiten, Zwecke der Datenverarbeitung, Zugriff auf und Empfänger Ihrer Daten, Speicherung, Sperrung und Löschung der Daten sowie rechtliche Grundlagen und Ihre Rechte) wurden mit Ihnen besprochen bzw. können Sie der zur Verfügung gestellten Informationsschrift „Patienteninformation zum Datenschutz“ entnehmen. Nach Gelegenheit zur Nachfrage erteilen Sie die folgenden Einwilligungserklärungen:

Hiermit bin ich einverstanden, dass meine Daten, welche mit diesem Fragebogen im Rahmen der medizinischen Versorgung erhoben wurden, nach den Bestimmungen der derzeit gültigen EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bzw. der einschlägigen Spezialgesetze, durch das Klinikum Stuttgart, einschließlich des SPZ-Teams, verarbeitet werden dürfen.

Auf mein Verlangen sperrt das Klinikum im Rahmen der technischen Möglichkeiten die besonderen personenbezogenen Daten gem. Art. 17, 18 DSGVO. Diese Sperrung wird nur zur Abwendung von unmittelbarer Gefahr für mich, mit meiner Einwilligung, bei Geltendmachung von Rechtsansprüchen oder nach gesetzlichen Vorgaben aufgehoben, wobei ich von der Aufhebung unterrichtet werde. Nach Ablauf von längstens 30 Jahren seit Behandlungsende oder nach den zeitlichen Vorgaben der einschlägigen, spezialgesetzlichen Regelungen werden die Daten im Rahmen der technischen Möglichkeiten gelöscht.

Die vorgehenden Einwilligungserklärungen habe ich gelesen und verstanden. Sie können mit Wirkung für die Zukunft jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Die Mitarbeiter des SPZ-Teams sichern zu, dass alle Daten und Informationen streng vertraulich behandelt werden. Es steht mir jederzeit frei, auf die Leistungen des SPZ-Teams zu verzichten oder Angebote des SPZTeams abzulehnen. Nachteile entstehen mir dadurch nicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum:

Name Erziehungsberechtigte(r):

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r):

Geschafft ☺ Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Ihr SPZ-Team