

## Wiedervorstellung Familienfragebogen SPZ Stuttgart

Klinikum Stuttgart  
**Olgahospital**

vergeben an:

Eingang am:

Sozialpädiatrisches Zentrum  
 Kriegsbergstr.62  
 70174 Stuttgart  
 Tel. 0711 278-72760

Termin am:

verschickt über:

Fax: 0711 278-72429

E-Mail: spz@klinikum-stuttgart.de

Liebe Eltern,

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

<b>Kind:</b>			weiblich <input type="checkbox"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	männlich <input type="checkbox"/>
<b>Mutter:</b>			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
<b>Vater:</b>			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
<b>Anschrift:</b>			
Straße/ Hausnummer		PLZ/ Ort	
<b>Telefonnummer:</b>			
Mobil		Festnetznummer	
<b>Emailadresse:</b>			
<b>Kostenträger:</b>			
<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> privat: _____ <input type="checkbox"/> Sozialamt ( <u>Achtung:</u> Bei Kostenträger Sozialamt ist vorab eine schriftliche Zusage der Kostenübernahme notwendig)			
<b>Wird ein Dolmetscher benötigt?</b>			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sprache:

Vom **überweisenden (Kinder-)Arzt/Ärztin** unbedingt vorher auszufüllen:  
**Diagnosen / Fragestellungen:**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Stempel/Unterschrift

<b>Wann war Ihr Kind zuletzt hier im SPZ?</b>	<b>Bei wem?</b>
---	-----------------

**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:**

<b>Gesundheit Ihres Kindes:</b>		
Erkrankungen seit letzter Vorstellung :		
Häufige Ohrinfekte?	nein <input type="checkbox"/>	ja: _____
Krampfanfälle:	nein <input type="checkbox"/>	ja: _____
Krankenhausaufenthalte:	nein <input type="checkbox"/>	ja: _____
Unfälle/OPs:	nein <input type="checkbox"/>	ja: _____
Allergien:		

Medikamente:		
<b>Hilfsmittel:</b> (Brille , Einlagen, Hörgeräte, Rollstuhl o.ä.)		
<b>Bisherige Diagnostik/ Untersuchungen bei Ihrem Kind:</b> (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:		
<b>Welche anderen Beratungen oder Hilfen wurden seit der letzten Vorstellung in Anspruch genommen?</b> (Frühförderstelle, anderes SPZ, Sonderpädagogischer Dienst, Beratungslehrer etc.?) (bitte <u>unbedingt</u> Berichte mitschicken!)		
<b>Therapien/ Fördermaßnahmen seit letzter Vorstellung</b> (bitte Berichte mitschicken)		
Physiotherapie (KG):	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?
<b>Unterstützende Maßnahmen seit letzter Vorstellung</b> (z.B. Jugendamt/ Integrationskraft/ Frühförderung):		
<b>Sozialrechtliches:</b>	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
Schwerbehindertenausweis GdB:	gültig bis:	Merkzeichen:
Pflegegrad:	gültig bis:	
<b>Umweltfaktoren und Familienanamnese:</b>		
Wesentliche Veränderungen seit letzter Vorstellung:		
Leben die Eltern zusammen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein wo? in Wohnung/Haus/Wohnheim?		
Beruf/stätigkeit Mutter:		
Berufs/tätigkeit Vater:		
Sorgerecht: <input type="radio"/> gemeinsam <input type="radio"/> alleiniges Sorgerecht bei:		
Geschwister: (Geschlecht, Alter) Fehlgelburten/verstorbene Geschwister? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja:		
<b>Gesundheit der Familie/ Veränderungen seit letzter Vorstellung:</b>		
Erkrankungen in der Familie: nein <input type="radio"/> ja:		
Psych. Belastungen: nein <input type="radio"/> ja:		
Gab es ähnliche Probleme wie bei Ihrem Kind auch bei anderen Personen in der Verwandtschaft?		

<b>Angaben zum Kindergarten:</b>		
Kita/ Kindergarten:		
Beginn im Alter von:		
Gibt/ Gab es Probleme? wenn ja, welche?		
<b>Schulischer Werdegang:</b>		
Rückstellung/ Besuch einer Grundschulförderklasse?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wiederholung einer Klasse?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Welche Klasse aktuell?		
Welche Schule?		
Gibt/ Gab es Probleme? wenn ja, welche?		

**Unterschrift zum Datenschutz bitte nicht vergessen.** Falls Ihr Kind bereits die Schule besucht, bitte auch die ausgefüllten **Schulfragebögen** (Download auf unserer Homepage) mitschicken.

### Einwilligung im Rahmen der Patientenbehandlung im Klinikum Stuttgart

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage und zur Durchführung des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen. Einzelheiten zum Datenschutz können Sie der Patienteninformation gem. Art. 13 und 14 DSGVO auf unserer Homepage unter Datenschutz oder dem rechts stehenden QR-Code entnehmen.



Für die Kommunikation per SMS oder E-Mail benötigen wir Ihre Einwilligung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit schriftlich oder in Textform mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Hierfür entstehen keine Kosten und es ist keine Angabe von Gründen erforderlich. Bitte wenden Sie sich hierfür an das Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gKAöR, Kriegsbergstraße 60, 70174 Stuttgart oder schreiben Sie eine E-Mail an [betroffenenrechte@klinikum-stuttgart.de](mailto:betroffenenrechte@klinikum-stuttgart.de)

#### Kommunikation via E-Mail / SMS

Mir ist bekannt, dass die Datenversendung via E-Mail oder SMS in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind dabei nicht vor dem Zugriff unberechtigter Personen geschützt. Es besteht die grundsätzliche Gefahr, dass Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden. In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich dem Klinikum Stuttgart hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, Gesundheitsdaten mit Bezug auf meine Person

via E-Mail: \_\_\_\_\_  via SMS über folgende Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

ohne weitere Sicherungsmaßnahmen an

mich  vor-/nach- oder mitbehandelnde Ärzte  Verrechnungsstellen

andere von mir nachweislich bevollmächtigte Personen (Name, Anschrift):

\_\_\_\_\_

(Name und Anschrift der bevollmächtigten Personen)

zu versenden und solche Daten von diesen auf gleichem Weg zu empfangen.

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**