Informationsblatt

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Vom SPZ auszufüllen:

Datum: _____

Gelesen:

Wichtige Informationen

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

- Bitte informieren Sie uns umgehend bei einem Wechsel der Krankenkasse.
- Wir benötigen beim ersten Diagnostik- oder Behandlungstermin in einem neuen Quartal jeweils einen gütigen Überweisungsschein Ihres Kinderarztes sowie die elektronische Gesundheitskarte. Andernfalls müssen Sie ggfs. für die Behandlungskosten selbst aufkommen.
- Wir bitten Sie uns schnellstmöglich zu informieren, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie,

- dass alle Sorgeberechtigten über die Untersuchung Ihres Kindes im SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH informiert wurden und damit einverstanden sind.
- dass Sie darüber informiert worden sind, dass ein Austausch zwischen den Ärzten, Psychologen und Therapeuten des SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH bzgl. der Daten und Informationen, die über Ihr Kind erhoben wurden, stattfindet. Die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der Diagnostik und Behandlung bildet die Basis des sozialpädiatrischen Vorgehens. Alle Mitarbeiter des SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH unterliegen der Schweigepflicht.

Landshut, den _____ Unterschrift: _____

AM16020202

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Heiner Kelbel

Aufsichtsratsvorsitzender:
Landrat Peter Dreier

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Privatpatient Behandlungsvertrag

Patientenetikett

Information und Vertrag zur Behandlung, Abrechnung und Bezahlung der Quartalspauschale bei Versicherten einer Privaten Krankenkasse

Sehr geehrte, liebe Eltern,

wir bedanken uns für Ihr Vertrauen, dass Sie Ihr Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum Landshut (SPZ) betreuen lassen.

Im SPZ sind unterschiedliche Berufsgruppen unter meiner kinder- und jugendärztlichen Leitung vereint. Die verschiedenen Fachbereiche (Psychologen, Therapeuten und weitere unterschiedliche Fachdisziplinen) arbeiten Hand in Hand, um den individuellen Bedürfnissen Ihres Kindes gerecht zu werden.

Im Falle meiner Verhinderung werde ich vertreten von OÄ Fr. Maria Görg, OÄ Fr. Michaela Müller, OÄ Fr. Eva-Maria Ramisch, Facharzt Hr. Dr. Wolfgang Gamringer, Facharzt Hr. Dr. Markus Hofmann, Fachärztin Fr. Dr. Caterina Pöltenstein, Fachärztin Fr. Dr. Esther Koch, Fachärztin Fr. Dr. Dorothea Stübinger, Fachärztin i. W.Fr. Catherina Heuser, Fachärztin i. W. Fr. Theresa Nespor, Fachärztin i. W. Fr. Claudia Egger, Fachärztin i. W. Fr. Julia Becher, Fachärztin i.W. Fr. Julia Lieb, , Fachärztin i.W. Vanessa Stark, Fachärztin i.W. Veronica Spinu, Fachärztin in W. Fr. Bischoff Mareike, Fachärztin i.W. Fr. Trummer Isabel, Fachärztin i.W.Fr. Freiseis Anja, Fachärtzin i.W. Hanna Lausmann, Fachärztin i.W. Claudia Bollmann
Fachärztin i.W. Elisabeth Ertl , Fachärztin i.W. Löffler Kim, Facharzt Schönecker Gregor, Fachärztin i.W. Ammann-Schnell Louisa, Fachärztin i.W. Meinhold Theresa

Sie sind bei einer privaten Krankenkasse versichert. Ab dem 1.10.2013 wurde die Art und Weise der Abrechnung für alle Krankenkassen vereinheitlicht und mit dem Verband der Privaten Krankenkassen (0221/9987-0) vertraglich vereinbart.

Anstelle der bisher praktizierten Abrechnung der einzelnen Leistungen wünschen die privaten Krankenversicherungen (PKV) eine pauschalierte Abrechnung, analog zu den gesetzlichen Krankenkassen (GKV), pro Quartal. Die mit allen Kassen vereinbarte Pauschale beträgt derzeit 706€ für alle erbrachten Leistungen pro Quartal. Dieser kann sich jährlich in Neuverhandlungen ändern. Gerne können Sie den aktuellen Pauschalbetrag bei uns erfragen oder einsehen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Christian Blank

Chefarzt SPZ, Neuropädiatrie

AM22010102

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Heiner Kelbel

Aufsichtsratsvorsitzender:
Landrat Peter Dreier

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich als gesetzliche/r Vertreterin/er des Kindes mit der Behandlung im SPZ einverstanden. Ich erkläre mich zur persönlichen Kostenübernahme der jeweiligen Quartalspauschale bereit, falls meine Krankenversicherung die Kosten nicht oder nur anteilig übernimmt. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass das von mir und meinem Kind gemachte Foto ausschließlich in der Akte meines Kindes aufbewahrt wird.

Landshut, den_____

Unterschrift des Patienten	bei minderjährigen Patienten gesetzliche/r Vertreter	für das SPZ/Kinderkrankenhaus Name des/r Mitarbeiters/in

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Vom SPZ auszufüllen:

Datum: _____

Gelesen:

Einwilligungserklärung Datenschutz

(Rechtsgrundlage: § 11 Abs. 2 lit. a KDG i. V. m. § 8 KDG)

Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit gegenüber dem SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Einwilligung kann verweigert werden.

Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung der entsprechenden personenbezogenen Daten statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser ausgesprochen wird. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datenübermittlung an Kinderarzt / Hausarzt / Facharzt / andere Einrichtung	
Ich willige ein, dass das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde (z.B. Labor, EEG, genetische Befunde) an folgenden Arzt / Einrichtung zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. **Falls ja**, bitte Name und Anschrift des Kinderarztes / einweisenden Arztes / etc. angeben: _____ _____ _____	❒ ja
Hinweis: Ohne Ihre Einwilligung ist die Übermittlung der behandlungsrelevanten Informationen an den vor-, mit- und nachbehandelnden Arzt / Einrichtung nicht möglich. In diesem Falle obliegt Ihnen die Verantwortung zur Weiterleitung der Befunde.	❒ nein
Ich willige ein, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH die bei meinem Kinderarzt / Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, die für meine aktuelle Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Die Daten werden nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt worden sind. **Falls ja**, bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen und ggf. ergänzen. ❒ siehe Arzt / Einrichtung unter Nr. 1 ❒ anderer/weiterer Arzt / Einrichtung, bitte Name und Anschrift angeben: _____ _____	❒ ja ❒ nein
Fotodokumentation	
Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass von meinem Kind und mir ein Foto gemacht wird. Dies dient der leichteren Identifikation bei Fallbesprechungen. Das Foto wird ausschließlich in der Patientenakte aufbewahrt.	❒ ja ❒ nein

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Heiner Kelbel

Aufsichtsratsvorsitzender:
Landrat Peter Dreier

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Kontaktaufnahme	
Ich willige ein, dass mich die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und seine Mitarbeiter wegen Inhalten, die im Zusammenhang mit der Behanldung meines Kindes stehen (Terminerinnerung /-verschiebung, Befundmitteilung, Therapieplanung, etc.), kontaktieren kann:	
A) <u>per Telefon:</u>. <u>Telefonnummer/n (Festnetz und Handy):</u> _____ _____	❒ ja ❒ nein
B) <u>per Email</u>. <u>E-Mail-Adressen</u>: Mutter: _____ Vater: _____	❒ ja ❒ nein
Datenübermittlung und -einsicht Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH	
Ich willige ein, dass das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH, sofern erforderlich, Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der optimierten Diagnostik und Behandlung an die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH **übermitteln** und entsprechende Behandlungsdaten und Befunde der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH **einsehen** darf. Falls ja, für folgende Abteilungen: ☐ Stationäre Aufenthalte ☐ Ambulanzen ☐ Notaufnahme ☐ MVZ	❒ ja ❒ nein
Sonstige Datenweitergabe (z.B. Dolmetscher, Familienhelfer, etc.)	
Ich willige ein, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die von mir benannte Person: _____ zum Zwecke: _____ übermittelt werden dürfen und dieser Person Auskunft erteilt werden darf.	❒ ja ❒ nein

❒ Den Eltern wurde eine Kopie dieses Schreibens mitgegeben.

Ich wurde auf den Aushang „Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten“ hingewiesen (hängt in den beiden Wartebereichen des SPZ in Haus 1 und 2 aus).

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter und des Patienten (ab 14 J.)

Anamnesebogen für die Elternsprechstunde

ausgefüllt am ---------- von ----------

Liebe Eltern! Die folgenden Angaben, um die wir Sie bitten, sind freiwillig. Das Beantworten der nachstehenden Fragen erleichtert uns jedoch die Vorbereitung und Planung der Diagnostik. Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Bitte kennzeichnen Sie ggf. Informationen, die nicht im Arztbrief erscheinen sollen oder besprechen Sie dies mit dem betreuenden SPZ-Arzt.

AU01010101

Angaben zum Kind

Vor- und Zuname ----------

geboren am ---------- in (Geburtsort) ----------

Anschrift der Familie ----------

Angaben zu den Erziehungsberechtigten

	Mutter	*Vater*
Vor- und Zuname	----------	----------
geboren am	----------	----------
Staatsangehörigkeit/Herkunft	----------	----------
Festnetz	----------	----------
Mobil	----------	----------

☐ verheiratet ☐ Lebensgemeinschaft ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet

Angaben zum Sorgerecht

☐ gemeinsame elterliche Sorge

☐ alleinige elterliche Sorge ☐ Mutter ☐ Vater

☐ andere ----------

Was ist der Grund für die Vorstellung Ihres Kindes bei uns?
Beschwerden, Probleme, Auffälligkeiten, Behinderung

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Heiner Kelbel

Aufsichtsratsvorsitzender:
Landrat Peter Dreier

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Wo und wann wurde Ihr Kinder aus dem gleichen Grund schon einmal vorgestellt oder behandelt? *z.B. Arzt, Krankenhaus, Psychologen, Kinder-/Lebenshilfe, Erziehungsberatung*

Werden weitere Einrichtungen besucht oder Angebote wahrgenommen?
z.B. Koko, SPFH, Jugendhilfe, Krabbelgruppen, Mütterzentren, Pekip-Gruppen

---

Vorgeschichte / Allgemeines

Schwangerschaft und Geburt

Hatten Sie Fehlgeburten / Totgeburten? ☐ **nein**

☐ falls ja, wann / wie viele ---

Haben Sie reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen? ☐ **nein**

☐ ja, Folgende (z.B. ICSI, IVF) ---

In welcher Klinik haben Sie entbunden? ---

Gab es Komplikationen bei der Schwangerschaft oder Geburt? ☐ **nein**

☐ falls ja, welche ---

Bitte geben Sie die Körpermaße Ihres Kindes bei Geburt an.
(siehe U1 bzw. für den Kopfumfang evtl. U2 im gelben Vorsorgeheft)

Geburtsgewicht _____ g Länge ____ cm Kopfumfang _____ cm

APGAR _____ Nabelschnur-pH _____

Musste Ihr Kind nach der Geburt oder in den ersten Lebenstagen ärztlich behandelt oder in eine Klinik verlegt werden? ☐ **nein**

☐ falls ja, in welche und warum _____

_____

_____

Säuglingszeit

Machte Ihnen in den ersten Lebensmonaten etwas Sorgen? ☐ **nein**

☐	Bewegungsarmut	☐	Häufiges Spucken / Erbrechen
☐	Ein- und Durchschlafschwierigkeiten	☐	Koliken / Bauchprobleme
☐	Schiefhaltung / Asymmetrien	☐	Trinkschwäche
☐	Anfälle	☐	häufiges Verschlucken
☐	Schreckhaftigkeit	☐	Unruhe / vermehrtes Schreien

☐ andere _____

Wurde Ihr Kind gestillt? ☐ **nein**

Wenn ja, wie lange? Insgesamt _____ (Wochen/Monate/Jahre)

Impfungen, Erkrankungen und Medikamente

Ist Ihr Kind nach Plan (gemäß STIKO) geimpft? ☐ **ja** ☐ nein

War Ihr Kind bisher ernsthaft erkrankt? Hatte es Operationen oder Unfälle oder lag es aus anderen Gründen im Krankenhaus? ☐ **nein**

Falls ja, bitte nennen Sie den Grund, das Krankenhaus und den Zeitraum _____

_____

_____

Nahm oder nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ **nein**

Falls ja, welche und in welchem Zeitraum / seit wann _____

_____

_____

Ernährung

Wie gestaltet sich die Ernährung Ihres Kindes?

☐ Stillen ☐ Flasche

☐ Brei ☐ Familienkost

☐ Selbstständiges Essen ☐ Füttern

☐ Sondieren

Hat Ihr Kind Probleme mit der Ernährung, Gewichtsentwicklung oder Verdauung? ☐ **nein**

Falls ja, welche _____

_____

_____

Schlaf

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten im Schlafverhalten? ☐ **nein**

Falls ja, welche _____

_____

_____

Schlafenszeiten an Wochentagen von _____ Uhr bis _____ Uhr

Bestehen Einschlafprobleme? ☐ nein ☐ ja

Bestehen Durchschlafprobleme? ☐ nein ☐ ja

Treten im Schlaf Auffälligkeiten auf? ☐ **nein**

Wenn ja, welche? ☐ Schnarchen ☐ Knirschen

☐ Sonstige _____

Wo schläft Ihr Kind? ☐ eigenes Bett ☐ eigenes Zimmer

☐ bei den Eltern ☐ bei Geschwistern

☐ bei Anderen _____

Neigt Ihr Kind zu Unruhe, Quengeln, Schreien? ☐ **nein** ☐ ja

Entwicklung (soweit zutreffend)

In welchem Alter hat Ihr Kind folgende Entwicklungsschritte erreicht und gab es dabei Besonderheiten?

☐ Krabbeln _____

☐ Frei zu laufen _____

☐ erste Wörter _____

☐ erste Zweiwort Sätze _____

☐ keine Windel am Tag _____

☐ keine Windel in der Nacht _____

Mein Kind beschäftigt sich gerne mit _____

Mein Kind wird vorwiegend versorgt von _____

Weitere wichtige Bezugspersonen _____

Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen _____

War das Kind längere Zeit von der Mutter/ den Eltern getrennt? ☐ **nein**

Wenn ja, wie lange? Insgesamt _____ (Wochen/Monate/Jahre)

Therapien und Untersuchungen

Wurde Ihr Kind bisher bzw. wird aktuell therapiert? ☐ **nein**

Falls ja, wann und in welcher Form _____

Bitte auch vorliegende Berichte und Befunde vorzeigen. _____

_____

Haben bisher schon Untersuchungen stattgefunden? *Augenarzt, HNO etc.* ☐ **nein**

Falls ja, welche _____

Bitte auch vorliegende Berichte und Befunde vorzeigen. _____

_____

Angaben zur familiären Situation

Bitte teilen Sie uns folgende Angaben mit.

	Mutter	*Vater*
Alter	----------	----------
Schulabschluss	----------	----------
erlernter Beruf / Studium	----------	----------
aktuelle Tätigkeit	----------	----------
Vorerkrankungen	----------	----------
	----------	----------

Sind die Eltern blutsverwandt? ☐ **nein** ☐ ja

Hat Ihr Kind Geschwisterkinder? *Falls ja, bitten wir um weitere Angaben* ☐ nein

	Name	*Alter*	*Schule*	*Vorerkrankungen*
1				
2				
3				
4				
5				

Hier ist Platz für weitere Informationen zur Familie, die Ihnen wichtig erscheinen.

z.B. Halbgeschwister, Adoptiv-/Pflegekinder

Wie schätzen Sie Ihre finanzielle Situation ein?

☐ gut ☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend

Selbsteinschätzung der momentanen Familiensituation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

„schrecklich“ <<<<< >>>>> „besser geht’s nicht“

Wie fühlen Sie sich in der Rolle als Eltern?

Hier ist Raum für zusätzliche Angaben / Bemerkungen.

Welche besonderen Belastungen gab oder gibt es nach Ihrer Einschätzung im Leben Ihres Kindes? *z.B. Mobbing, schwere Erkrankungen oder Tod eines Familienmitglieds, Trennung*

Bitte bringen Sie Folgendes zur Vorstellung mit

- Impfpass
- Gelbes U-Heft
- Vorbefunde
- Therapieberichte
- Versichertenkarte
- Überweisungsschein vom Kinderarzt

Falls Sie ein Anliegen haben, dass Sie nicht vor Ihrem Kind besprechen wollen, sprechen Sie unsere Ärzte und Therapeuten direkt darauf an.

Vielen Dank für das Ausfüllen und Ihre Mithilfe!