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: _____

Declaration of consent data protection

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

This declaration toward the SPZ of the Children's Hospital St. Marien gGmbH can be taken back at any time to your desire and without needing to tell us a reason as to why you wish to take it back.

You can also refuse to fill out this declaration alltogether.

In case of revocating this declaration no more informations regarding the children or parentes will be given out and everything will be stopped at once. This revocation is directed toward the SPZ of the Children's Hospital St. Marien GmbH.

Transfer of data toward pediatrician, family doctor, specilist, other facilites	
I consent, that the SPZ of the Children's Hospital St. Marien gGmbH to sent the regarding information and letters (e.g. laboratory, EEG, genetic letters) toward the following doctors/facilities in order to receive additional treatment or for documentation. Upon marking Yes, please not down the name of your pediatrician or the doctor that gave you the letter of referral: _____ _____ _____ Note: without this declaration that transform of important information regarding your pediatrician, family doctor, specialist or other facilites won't be possible. In this case the letter sent to you need to be transfered furhter in your own regards.	❒ ja ❒ nein
I consent, that the Children's Hospital is allowed to contact my pediatrician or family doctor regarding important documents that may be needed for any of my appointments. All documents will only be used for the purpose of finding the right diagnostic for my child. Upon marking Yes, please mark the square regarding it ❒ Doctor/Facility noted above ❒ Another doctor/facility, please write down the name and adress _____ _____	❒ ja ❒ nein
Photodokumentation	
I constent until that my declaration is revoced by myself that a picture of my child will be kept within the file. The picture will help with an easier identification of the patient for future appointments. This picture will only remain within the file of the patient and won't be given to any third person outside this facility	❒ 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 - 1325
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

Contact	
I consent, that the Children's Hospital and its employees can call me regarding informations (e.g. appointments, therapy, letters, and so on) through the noted phone number. Phone: _____ _____	❒ ja ❒ nein
Via **Email**: Mother: _____ Father: _____	❒ ja ❒ nein
Appointment reminder/rescheduling	
I consent, that the Children's Hospital and its employees can call me regarding appointment reminders or to reschedule appointments. E-Mail: _____ ☐ see above:	❒ ja ❒ nein
Transfer of Data or insight into files	
I consent, that the SPZ, if needed, can transfer data or take insight into the files of the Children's Hospital in order to provide the outmost best treatment for my child. Upon marking yes, mark the following facilites that are regarded: ☐ Stationed Stay ☐ Ambulant ☐ Emergancy ☐ MVZ	❒ ja ❒ nein
Other Data Transfer (e.g. interpreter, family helper, and so on)	
I consent, that important data can be transfered to the following noted people: _____ Regarding: _____ Transfer of Data toward the person that may will assist me in future appointments. .	❒ ja ❒ nein

I was informated about the handout „duty to inform regaring the personal data"
(handout also available in the waiting rooms within the SPZ House 1 and 2)

I can wish to receive a copy of this paper for my personal files.

Place, Datum	Signature oft the parent/legal guardian and the patient (only needed if the patient is at the age of 14)

Anamnesebogen für Eltern-Allgemein

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.

AU010101EF

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 ----------

Auftrag/Anliegen

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

In welchem Bereich und seit wann bestehen die Störungen bzw. Auffälligkeiten?

☐ Körperbeherrschung / Bewegung----- _____

☐ geistige Entwicklung _____

☐ Sprache _____

☐ Hör- und Sehvermögen _____

☐Wachstum/Körperbau(Fehlbildungen) _____

☐ familiäre Probleme _____

☐ epileptische Anfälle _____

☐ Ernährung _____

☐ Verhalten _____

☐ Erziehung _____

☐ Schulleistungen _____

☐ andere _____

Welche Hilfen wünschen Sie?

_____

_____

War Ihr Kind bereits in entwicklungsneurologischer oder psychologischer Betreuung?

☐ nein _____

☐ ja _____

☐ in einem anderen SPZ - _____

☐ Kinder-& Jungendpsychiater _____

☐ (Schul)-Psychologe _____

☐ andere - _____

Bitte bringen Sie vorliegende Berichte und Befunde mit, soweit vorhanden.

Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?

☐ nein

☐ ja, folgende .

☐ familienentlastender Dienst
☐ sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)
☐ Unterstützung Jugendamt
☐ Koki
☐ sonstiges

☐häusliche Krankenpflege
☐Haushaltshilfe / Nachbarschaftshilfe
☐Erziehungsberatungsstelle
☐ Harlekin/Nachsorge

Vorgeschichte / Allgemeines

Schwangerschaft und Geburt

Hatten Sie Fehlgeburten/Totgeburten? ☐nein

☐ ja, wann und wie viele _____

Haben Sie reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen? ☐ nein

☐ ja, Folgende *(z. B. ICSI, IVF)*

_____

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft? ☐nein

☐ Blutungen
☐ Bluthochdruck
☐ wenig Kindsbewegungen
☐ seelische Belastung, beruflicher Stress
☐ Fruchtwasser zu viel/zu wenig
☐ Bestrahlung/Röntgen
☐ Schilddrüsenerkrankung
☐ Medikamente _____

☐Unfälle, Operationen
☐vorzeitige Wehen
☐schweres Erbrechen
☐fieberhafte Erkrankung
☐Alkohol, Zigaretten, Drogen
☐Diabetes (Zucker)
☐Sonstige _____

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? _____SSW

Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt? ☐nein

☐ Kaiserschnitt (Sectio)
☐ Saugglocke / Zange
☐ Auffälligkeiten der kindlichen Herztöne
☐ besonders lange Geburt
☐ andere _____

☐Beckenendlage
☐Mehrlingsgeburt
☐grünes Fruchtwasser
☐besonders schnelle Geburt

Neugeborenenperiode / Säuglingszeit

(siehe U1 bzw. für den Kopfumfang evtl. U2 im gelben Vorsorgeheft)

Geburtsgewicht_____g Länge_____cm Kopfumfang _____cm

APGAR_____/_____/_____ Nabelschnur-pH _____

Gab es in den ersten Lebenstagen Probleme? ☐nein

wenn ja, welche?

_____

_____

Machte Ihnen in den ersten Lebensmonaten Sorgen? ☐nein

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

Wurde Ihr Kind gestillt? ☐nein

wenn ja, wie lange? Insgesamt____(Monate/Jahre) voll, davon____(Monate/Jahre) teilgestillt.

War das Kind längere Zeit von der Mutter getrennt? ☐nein ☐ja, _____

Welche Bezugspersonen hatte das Kind in den ersten beiden Lebensjahren?

_____

_____

Welche Bezugspersonen hat das Kind jetzt?

_____

_____

Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme? ☐nein

wenn ja, welche? *(Schlucken, Saugen, Kauen, Speichelfluss)*_____

_____

Erhielt Ihr Kind in den ersten Lebensmonaten Vitamin D? ☐ nein ☐ ja

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

Gab es besondere Reaktionen auf die Impfungen? ☐ nein

wenn ja, welche und wann? _____

Entwicklung

In welchem Alter hat Ihr Kind die folgenden Entwicklungsschritte erreicht und gab esdabei Besonderheiten?

☐ Krabbeln _____
☐ Hochziehen zum Stand _____
☐ erste freie Schritte _____
☐ erste Wörter _____
☐ erste Sätze _____
☐ keine Windel am Tag _____
☐ keine Windel in der Nacht _____
☐ Fahrradfahren _____
☐ Schwimmen _____

Ernährung

Gibt es Auffälligkeiten im Ernährungsverhalten oder bei der Verdauung? ☐ nein

wenn ja, welche? _____

_____

_____

_____

_____

Schlaf

Schlafenzeiten 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 _____

Nässt Ihr Kind ein? ☐nein ☐ja

Wo schläft Ihr Kind? ☐eigenes Bett ☐eigenes Zimmer
☐ bei den Eltern ☐bei den Geschwistern
☐ bei anderen _____

Krankenvorgeschichte

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden? ☐nein

wenn ja, welche und wann? _____

_____

_____

Bekommt Ihr Kind zur Zeit Medikamente? ☐nein

Name des Medikaments	Dosis (mg)	Dosierung (z.B. 3x1)	Seit wann?

Hat Ihr Kind Hilfsmittel? ☐nein

☐ Rollstuhl ☐Brille ☐Orthesen/Schienen ☐Hörgerät
☐ andere

Therapien

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien? ☐nein

	Seit bzw. von .. bis..	Wie oft?	Wegen?	Wo?
Physiotherapie				
Ergotherapie				
Logopädie				
Heilpädagogik				
Frühförderung				
Psychotherapie **Spieltherapie**				
andere:				

Bisherige Diagnostik

Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

	Name	Praxisort	Wann?	Befund
HNO-Arzt				
Augenarzt				
EEG				
MRT/CT				
Röntgen				
andere:				

Kindergarten- und Schulbesuch

Welche der folgenden Einrichtungen hat Ihr Kind besucht bzw. besucht es jetzt noch?

☐ Kinderkrippe im Alter von_____Jahren bis von_____Jahren

☐ Kindergarten im Alter von_____Jahren bis von_____Jahren

- ☐ Regelkindergarten ☐ Integrativplatz
- ☐ Heilpädagogischer Kindergarten
- ☐ anderer_____

☐ Grundschule ab dem Alter von_____Jahren

- ☐ Regelgrundschule ☐Förderzentrum_____

☐ weiterführende Schule

- ☐ Gymnasium ☐Realschule ☐Mittelschule ☐Förderzentrum

Welche Klasse und Schule besucht Ihr Kind aktuell? _____

Wurde eine Klasse wiederholt? ☐nein wenn ja, welche? _____

Erhält oder erhielt Ihr Kind Unterstützung in der Schule oder im Kindergarten? ☐nein

☐ mobile sonderpädagogische Hilfe (msH) ☐Schulbegleiter
☐ mobiler sonderpädagogischer Dienst (MSD) ☐Schulpsychologe
☐ andere _____

Hausaufgabensituation

Wie lange benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben? _____

Wo fertigt Ihr Kind die Hausaufgaben an? ☐ zu Hause ☐ Mittagsbetreuung/Hort

Wie fertigt Ihr Kind die Hausaufgaben an? ☐ alleine ☐ (teilw) mit Unterstützung

Gibt es Probleme mit den Hausaufgaben? ☐ nein

wenn ja, welche? _____

_____

_____

_____

Spiel und Verhalten

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne?

Welche Interessen hat Ihr Kind (Sportarten, Hobbys, Freizeitaktivitäten)?

Wie hoch ist der Medienkonsum täglich (TV, Handy, Tablet)?_____ Std.,

Anmerkungen:

Gibt es Auffälligkeiten im emotionalen Bereich oder Sozialverhalten? ☐nein

☐ ängstlich	☐ trotzig	☐ aggressiv	☐ unruhig
☐ verträumt	☐ depressiv	☐ unkonzentriert	☐ verschlossen
☐ traurig	☐ kontaktarm	☐ impulsiv	
☐ andere			

Hat Ihr Kind feste Freunde, mit denen es spielt?

Wie verhält sich Ihr Kind mit anderen Kindern?

Haben Sie weitere Anmerkungen zur emotionalen Situation Ihres Kindes?

Stärken und Schwächen

Welche Schwächen / positive Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind?

_____

_____

Welche Schwächen / negative Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind?

_____

_____

Angaben zur familiären Situation

	Vater	Mutter
Alter		
Schulabschluss		
erlernter Beruf		
aktuelle Tätigkeit		
Vorerkrankungen		

Sind die Eltern blutsverwandt? ☐nein ☐ja

	Geschwisterkind	Geschwisterkind	Geschwisterkind
Name			
Alter (Jahre)			
Schule			
Vorerkrankungen			

Wie schätzen Sie Ihre finanzielle Situation ein?

☐ gut ☐ausreichend ☐nicht ausreichend

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen / Probleme, wie Sie bei Ihrem Kind vorliegen, in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? ☐nein ☐ja

Welche der folgenden Krankheiten sind in der engeren / weiteren Familie aufgetreten?

- ☐ Krampfanfälle
- ☐ Autismus
- ☐ Missbildungen
- ☐ Sehbehinderung / Blindheit
- ☐ Asthma / Ekzem / Nesselsucht
- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ☐ verzögerte od. gestörte Sprachentwicklung
- ☐ spastische oder andere Lähmungen
- ☐ geistiger Entwicklungsrückstand
- ☐ Hörbehinderung / Taubheit
- ☐ psychische Erkrankungen
- ☐ andere

Nähere Angaben dazu:

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!