



MEDIZINCAMPUS WOLFSBURG DER
UNIVERSITÄTSMEDIZIN
GÖTTINGEN :UMG

Klinikum Wolfsburg | Sauerbruchstraße 5A | 38440 Wolfsburg

**Zentrum für
Entwicklungsdiagnostik und
Sozialpädiatrie**
Leitender Arzt:
Dr. med. Peter Möller

NAME, Vorname des Kindes Geburtsdatum

Sekretariat:
Tel.:05361 80-1389
Fax:05361 80-1421

Straße, Wohnort

zeus@klinikum.wolfsburg.de
www.klinikum.wolfsburg.de

**Bitte vom zuweisenden Kinderarzt /Hausarzt ausfüllen lassen:
(ohne diese Seite und einen gültigen Überweisungsschein
kann die Anmeldung nicht entgegengenommen werden!
Bitte den Überweisungsschein bereits jetzt im Original beifügen!)**

Anmeldung für:

- Akut EEG-Sprechstunde
- Akut Pandemie-Sprechstunde
- Allgemeine Anmeldung

Medizinische Fragestellung an das ZEUS:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------|
| Konzentration | Sprachentwicklung | Orthesen |
| Verhalten | Motorische Entwicklung | Hilfsmittel |
| Lernstörung | Globale Entwicklungsstörung | Asymmetrie |
| Autismus | Epilepsie | |
| Hyperaktivität | Spastische Bewegungsstörung | |
| Regulationsstörung | Neuromuskuläre Erkrankung | |
| Emotionale Auffälligkeiten | Syndromale Erkrankung | |
| Sonstige (bitte nächstes Feld eintragen) | | |

Sonstige Fragestellungen/Anmerkungen/Ergänzungen/Gesicherte Diagnosen:

Wichtige Vorbefunde:

Freitext

Datum: _____

Stempel

Unterschrift:

Bitte frei lassen:

Eingang am:	Angesehen:	NV bei:	NV am:
Bemerkungen		Dringlichkeit hoch <input type="checkbox"/>	



Klinikum Wolfsburg | Sauerbruchstraße 7 | 38440 Wolfsburg

**Zentrum für
Entwicklungsdiagnostik und
Sozialpädiatrie**
Leitender Arzt:
Dr. med. Peter Möller

Sekretariat:
Tel.: 05361 80-1389
Fax: 05361 80-1421

zeus@klinikum.wolfsburg.de
www.klinikum.wolfsburg.de

Bitte Seiten 2-12 von den Eltern / sorgeberechtigten Personen ausfüllen lassen:

Anmeldebogen ZEUS (0 bis 17 Jahre)

ZEUS - Zentrum für Entwicklungsdiagnostik und Sozialpädiatrie – Sauerbruchstr. 5A – 38440 Wolfsburg
(Die Angaben werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt)

Bitte füllen Sie den Aufnahmefragebogen für die Aufnahme im ZEUS so vollständig wie möglich aus.
Wichtig: Terminvergabe erfolgt erst nach Arztunterschrift und Rücksendung des gesamten Bogens/Anlage!

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort/-land: _____

Aktuelle Anschrift: _____

Tel. der Familie privat: _____ Tel. Vater/Sorgeberechtigter dienstl./mobil: _____

E-Mail: _____ Tel. Mutter/Sorgeberechtigte dienstl./mobil: _____

Überweisender Arzt (Anschrift u. Tel.-Nr.):

Ist oder war das Kind in Betreuung in einem anderen SPZ? Nein Ja

Wenn ja, in welchem? _____

I. Vorstellungsanlass

Elterneinschätzung

In welchen Bereichen sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

<input type="checkbox"/> motorische Entwicklung	<input type="checkbox"/> Schlafverhalten
<input type="checkbox"/> Sprachentwicklung	<input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle
<input type="checkbox"/> Schulleistungen	<input type="checkbox"/> Ernährung
<input type="checkbox"/> Intelligenzentwicklung	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen / Verdauungsprobleme
<input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen / Rheuma
<input type="checkbox"/> Verhalten	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Andere	

Können Sie die aktuellen Probleme genauer beschreiben? Was sind Ihre Sorgen?

Welche Untersuchungen und Hilfen erwarten Sie?

II. Medizinische Eigen- und Familienanamnese

Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft war es? _____	Nahm die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gab es Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?	Wenn ja, welche? _____
Wenn ja, wann? Wie viele? _____	➤
Wie alt war die Mutter bei der Geburt des Kindes? _____	
Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Alkohol getrunken? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Drogen genommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

Zeigten Ultraschall- oder Fruchtwasser (z. B. Menge) Auffälligkeiten? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten: Nein Ja

<input type="checkbox"/> Blutungen / drohende Fehlgeburt <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Seelische Belastungen <input type="checkbox"/> Andere Wenn ja, welche?
Haben Sie Kindsbewegungen wahrgenommen?	
Wie erlebten Sie Ihre Schwangerschaft?	

Geburt

In welchem Krankenhaus hat die Mutter entbunden? _____

Entbindung: in der _____ Schwangerschaftswoche errechneter Termin: _____

Gab es Erschwernisse bei der Geburt wie z.B.

- Zwillinge Drillinge Steißlage Kaiserschnitt Saugglocke Zangenentbindung

Beschreiben Sie ggf. genauer:

Neugeborenes (Vergleiche U1/U2 im Vorsorgeheft) / bitte das Vorsorgeheft mitbringen!

Gewicht _____ g Länge _____ cm Kopfumfang _____ cm

Apgarwerte ____ / ____ / ____ pH-Wert _____

Wurde Ihr Kind nach der Geburt stationär behandelt? Nein Ja

Wenn ja, wo und weshalb?

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf Nein Ja, welche?

- Infektionen Krampfanfälle Beatmung andere:

Erlebten Sie Ihr Kind eher als

- sehr ruhig unauffällig sehr unruhig gab es andere Auffälligkeiten?

Ernährung

Wurde Ihr Kind gestillt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Aktuelle Ernährung:	
Wenn ja, wie lange?	<input type="checkbox"/> Normale Mischkost	<input type="checkbox"/> Vegetarisch
Wann erhielt es den 1. Brei?	<input type="checkbox"/> Vegan	<input type="checkbox"/> Andere:
Essverhalten:	<input type="checkbox"/> mäklig / eingeschränkt	
<input type="checkbox"/> unproblematisch	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> wechselhaft		

Welche ernsteren Erkrankungen oder Operationen hat Ihr Kind bisher durchgemacht (wann und wo)?

In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt / untersucht?

Anschrift der Klinik	von – bis	Wegen welcher Erkrankung?

Bei welchen Ärzten oder Psychologen wird / wurde Ihr Kind mitbehandelt?

(z.B. Allgemeinmediziner, Kinderarzt, Augenarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Orthopäde, Psychologe, Psychiater, Erziehungsberatungsstelle)

Fachrichtung Name, Anschrift	Wann? von – bis	Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

Welche ernsteren Erkrankungen oder Operationen hat Ihr Kind bisher durchgemacht (wann und wo)?

Nimmt Ihr Kind Medikamente? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Allgemeine Entwicklung

Wann schlief es nachts durch? _____ Monat

Gibt es Probleme mit dem Schlafen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein ggf. kurz beschreiben
Gibt es Probleme mit dem Stuhlgang? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein ggf. kurz beschreiben
Hat Ihr Kind öfter Schmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein ggf. kurz beschreiben

Medizinische Familienanamnese

Blutverwandschaft der Kindeseltern Nein Ja

Sind in der Verwandtschaft Entwicklungsstörungen oder schwere Erkrankungen bekannt? (Bitte möglichst konkrete Angaben! Wer? Was?)

<input type="checkbox"/> Anfallsleiden / Epilepsie / Fieberkrämpfe	<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen:
<input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen:
<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> Suchterkrankungen:
<input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Sonstige schwere Erkrankungen:
<input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen:	

III. Therapien, Fördermaßnahmen und Sozialrechtliches

Welche Therapien erhält / erhielt Ihr Kind und wo? (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie/Logopädie, Psychotherapie)

Welche Therapie?	Wann? von – bis	Behandlungsgrund / Schwerpunkt der Behandlung

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?

Nein Ja Wenn ja: welcher Grad der Behinderung? _____
 Welche Merkzeichen? _____

Bekommen Sie Pflegegeld? / Pflegegrad

Nein Ja Pflegegrad _____

Hat Ihr Kind bisher Eingliederungshilfe erhalten (z.B. Frühförderung, Schulbegleitung, autismusspezifische Therapie etc.)?

In welcher Form?
 Seit wann?

Bei Schulkindern: erhält Ihr Kind sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf? Nein Ja

Wenn ja, welcher Bereich?

<input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung	<input type="checkbox"/> Sozial-emotional
<input type="checkbox"/> Körperlich-motorisch	<input type="checkbox"/> Sprache
<input type="checkbox"/> Lernen	<input type="checkbox"/> Andere:

Seit wann?

War Ihr Kind bereits einmal zur Kur / Reha? Nein Ja

Wann und warum?

Haben Sie bisher Hilfen über das Jugendamt in Anspruch genommen? ja Nein

Welche? _____

Wann? _____

Welches Jugendamt/welcher Träger? _____

IV. Hilfsmittel

Hat Ihr Kind Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Wenn ja, welche?	
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Hörgerät
<input type="checkbox"/> Spezieller Kinderwagen	<input type="checkbox"/> Mundplatte / Zahnsperre
<input type="checkbox"/> Spezielles Dreirad oder Fahrrad	<input type="checkbox"/> Orthesen, z.B. Schienen
<input type="checkbox"/> Stehständer	<input type="checkbox"/> Gehhilfen
<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

V. Familiensituation

Lebt Ihr Kind bei beiden Eltern bei der Mutter beim Vater

wechselnd, und zwar _____

in einer Adoptivfamilie in einer Pflegefamilie

in einer Einrichtung woanders, und zwar* _____

Wer hat das Sorgerecht bzw. die Vormundschaft:

Name der leiblichen Mutter:

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Geburtsland: _____

Jetzige Staatsangehörigkeit: _____ Schulabschluss: _____

Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit: _____

Name des leiblichen Vaters:

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Geburtsland: _____

Jetzige Staatsangehörigkeit: _____ Schulabschluss: _____

Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit: _____

Familienstand:

Verheiratet/Lebenspartnerschaft getrennt/geschieden

Geschwister / Halbgeschwister / Stiefgeschwister:

Schreiben Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf. Gibt es noch weitere Kinder, die in der Familie leben?

Name	Geburtsdatum	Kita/Schule/Ausbildung	besondere Probleme oder Krankheiten	leiblich?

Wie ist die derzeitige Wohnsituation?
 zu klein ausreichend

Ggf. beschreiben

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? Nein Ja

Sind sich die Eltern in der Erziehung überwiegend einig? ja Nein
 ggf. kurz beschreiben

Sind noch weitere Personen an der Erziehung beteiligt (Großeltern, andere Verwandte)? ja Nein
 Wenn ja, wer und in welcher Form?

VI. Lernen und allgemeine Anforderungen

Babys (1. Lebensjahr):

Schaut es Dinge längere Zeit an? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Hört es zu? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Nimmt es Dinge in den Mund? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Ahmt es Handlungen nach? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kinder älter 1. Lebensjahr

Kann sich Ihr Kind längere Zeit mit etwas beschäftigen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ist Ihr Kind leicht ablenkbar, schnell unkonzentriert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich etwas zu merken? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bei Schulkindern: hat Ihr Kind Schwierigkeiten... <ul style="list-style-type: none"> • beim Lesen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja • beim Schreiben <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja • beim Rechnen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Sind Sie mit den Schulleistungen Ihres Kindes zufrieden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
---	---

In welchem Alter zeigte Ihr Kind

Blickkontakt zur Mutter/zum Vater _____ Monat

Soziales Lächeln _____ Monat

Sucht Ihr Kind Körperkontakt? Nein Ja

Ist Ihr Kind unruhig, zappelig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben	Wird Ihr Kind schnell wütend? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben
---	---

Ist Ihr Kind sehr ängstlich? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben	Ist Ihr Kind oft traurig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben
Kann sich Ihr Kind selbst beruhigen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben	Kann sich Ihr Kind einen oder mehrere Aufträge merken und ausführen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gibt es Schwierigkeiten bei der täglichen Routine (aufstehen, anziehen, essen, usw.)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ggf. kurz beschreiben	

Was löst bei Ihrem Kind Stress aus und wie reagiert Ihr Kind darauf? Bitte kurz beschreiben

Was mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

VII. Kommunikation und Interaktion

Sprachliche Entwicklung

In welchem Alter zeigte Ihr Kind

Lautieren von Doppelsilben _____ Monat

Sprechen erster Worte _____ Monat

Sprechen von 2-3 Wort-Sätzen _____ Monat

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? Nein Ja

Wenn ja, mit welchen Sprachen?

 In welcher Sprache sprechen Sie
 überwiegend mit ihrem Kind?

Gibt es aktuell Schwierigkeiten beim Sprechen/wird Ihr Kind gut verstanden? Nein Ja
 Ggf. kurz beschreiben

Wie schätzen Sie Ihr Verhältnis zu Ihrem Kind ein? (Vater, Mutter, andere Bezugspersonen)

Wie ist das Geschwisterverhältnis (sofern Geschwister vorhanden sind)?

Hat Ihr Kind Freunde? Nein Ja

Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern zurecht?

Wie kommt Ihr Kind mit anderen Erwachsenen zurecht?

VIII. Mobilität, Selbstversorgung und häusliches Leben

Motorische Entwicklung

In welchem Alter zeigte Ihr Kind

Greifen	_____	Monat		LaufRAD fahren	_____	Jahre
Drehen von Rücken- in Bauchlage	_____	Monat		Fahrrad fahren	_____	Jahre
Krabbeln	_____	Monat		Schwimmen	_____	Jahre
Freies Sitzen	_____	Monat				
Freies Gehen	_____	Monat				

Gibt es aktuell Schwierigkeiten: in der Bewegung/Koordination? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wobei?	in der Feinmotorik? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wobei?
Sonstige Schwierigkeiten?	

Manche der folgenden Bereiche können Kinder noch nicht, weil sie zu jung dafür sind. In diesem Fall brauchen Sie die folgenden Fragen nicht zu beantworten.

Kann sich Ihr Kind eigenständig waschen/duschen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Geht Ihr Kind selbstständig zur Toilette? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Kann sich Ihr Kind eigenständig anziehen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Kann Ihr Kind eigenständig essen und trinken? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Zeigt Ihr Kind ein Gefahrenbewusstsein: im Straßenverkehr: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja bei heißen Gegenständen/Feuer: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	bei Höhen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja bei Wasser: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Ist Ihr Kind hilfsbereit im Haushalt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> noch nicht altersrelevant Wenn ja, wobei?	Hat Ihr Kind feste Aufgaben im Haushalt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> noch nicht altersrelevant Wenn ja, welche?
--	--

Haben Sie Haustiere? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls Sie Haustiere haben: beteiligt sich Ihr Kind bei der Pflege/Betreuung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> noch nicht altersrelevant Wenn ja, wie?

IX. Bedeutende Lebensbereiche und Gemeinschaftsleben

Wo und vom wem wurde Ihr Kind im ersten Lebensjahr betreut?

Krippe/Kindertagesstätte (Kita)

Besucht / besuchte Ihr Kind eine Krippe Nein Ja Wenn ja, ab welchem Alter? _____

Besucht / besuchte Ihr Kind eine Kita Nein Ja Wenn ja, ab welchem Alter? _____

Ist / war Ihr Kind Integrationskind? Nein Ja Wenn ja, bis wann? _____

Wie war die Eingewöhnung normal problematisch

Gab es einen Kita-Wechsel? Nein Ja

Andere Betreuung, z.B. Tagesmutter

Wie ist / war das Spielverhalten Ihres Kindes in der Kita?

Schule

Jahr der Einschulung: _____ Alter des Kindes bei Einschulung: _____

Wurde Ihr Kind zurückgestellt? Nein Ja

Welche Schule besucht oder besuchte Ihr Kind?

Grundschule Hauptschule Realschule Oberschule Integrierte Gesamtschule (IGS) Gymnasium

Förderschule für _____

Aktuelle Klassenstufe: _____ Gab es Klassenwiederholungen? Welche ja, welche Klassen? _____

Besucht Ihr Kind den Ganztagsbereich? Nein Ja Wenn ja, seit wann? _____ An wieviel Tagen? _____

Wie kommt ihr Kind in der Schule zurecht?

Was sind die Lieblingsbeschäftigungen Ihres Kindes, was spielt es gern?

--

Wie lange schaut Ihr Kind am Tag fern? _____ Stunden täglich

Wie lange nutzt es andere Medien täglich? _____ Stunden täglich
(z.B. Tablet, Handy/Smartphone, X-Box, Wii, Playstation, Switch, etc.)

Nimmt Ihr Kind an einer regelmäßigen Freizeitaktivität teil (Sportverein, Musikunterricht, Kinder-/Jugendfeuerwehr usw.)?

Nein Ja

Wenn ja, welche und wie häufig?

Trifft Ihr Kind sich regelmäßig mit anderen Kindern?

Nein Ja

Wenn ja, wie häufig und wo?

Vielen Dank für das Ausfüllen des Anmeldebogens!

Wir bitten Sie, folgende Vorbefunde/Dokumente zum Termin mitzubringen:

- **Überweisungsschein des Kinderarztes:** ohne gültigen Überweisungsschein dürfen wir leider keine Untersuchung durchführen und müssten Sie daher wieder wegschicken!
- Vorsorgeuntersuchungsheft
- Arztbriefe
- Röntgen (z.B. Hüfte)
- Computertomogramm (z.B. Kopf)
- Kernspintomogramm (MRT)
- EEG / EKG
- Laborwerte
- Sehtest / Hörtest
- Psychologische Tests
- andere Untersuchungen:
- Kopien aller Entwicklungsberichte bzw. Schulzeugnisse ihres Kindes

Änderung des Sorgerechts

Sollte sich das Sorgerecht eines Elternteils verändern, so ist dann der sorgeberechtigte Elternteil verpflichtet, dem ZEUS diese Änderung unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Bevollmächtigung zur Einwilligung in die Behandlung im ZEUS/SPZ

Sollte bei einem Besuch des Kindes im ZEUS nur ein sorgeberechtigtes Elternteil anwesend sein, ist dieses Elternteil durch den anderen sorgeberechtigten Elternteil bevollmächtigt, die Einwilligung in die Behandlung (insbesondere Laboruntersuchungen und Blutentnahmen, ärztliche, psychologische und therapeutische Untersuchungen und Beratungen) zu erteilen. Sollte dies nicht zutreffen, ist dies den Mitarbeitern des ZEUS unverzüglich anzuzeigen.

Unterschrift der Eltern bzw. sämtlicher sorgeberechtigter Personen:

Datum:

Unterschrift der
Sorgeberechtigten:

Anlage zum Anmeldefragebogen für die Vorstellung im ZEUS. Bitte mit Anmeldefragebogen an das ZEUS zurücksenden!

Liebe Eltern,
aufgrund der Datenschutzgrundverordnung (DGSVO) sind wir gehalten, Sie im Vorfeld über Ihre Rechte und Mitwirkungspflichten zu informieren. Sollten Sie Fragen zu den einzelnen Punkten haben oder etwas für Sie nicht zutreffen, dann kann dies gerne auch zum Zeitpunkt der Vorstellung im ZEUS in einem gemeinsamen Gespräch geklärt werden. Ihr ZEUS-Team.

Die Frühförderstelle ist eine Abteilung des ZEUS. Ein Datenaustausch kann aufgrund von abrechnungstechnischen und organisatorischen Gründen erfolgen. Ein Datenaustausch findet auch dann statt, wenn es der Behandlung der Kinder dient.

NAME, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Straße, Wohnort

Klärung der Sorgeberechtigung

Die Vorstellung und Untersuchung eines Kindes im ZEUS darf aus rechtlichen Gründen nur in Begleitung oder mit dem Einverständnis eines Gesundheitsfürsorgeberechtigten (Teil des Sorgerechts) stattfinden.

Bitte Inhaber der Gesundheitsfürsorge ankreuzen:

Beide Elternteile oder nur Mutter oder nur Vater

Vormund - Bitte Namen eintragen:

Sonstige - Bitte Namen eintragen:

Falls Sie die alleinige Gesundheitsfürsorge innehaben oder eine Vormundschaft besteht, legen Sie bitte eine Kopie der gerichtlichen Entscheidung oder der Bestallungsurkunde bei.

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Gesundheitssorgeberechtigte(r) damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im ZEUS zur Diagnostik, Beratung und Therapie vorgestellt wird.

Hiermit erkläre ich, dass ich meiner Informationspflicht gegenüber dem nicht Anwesenden, ebenfalls gesundheitsfürsorgeberechtigten Elternteil nachkommen werde.

Änderungen der Sorgeberechtigung werde ich/wir dem ZEUS umgehend mitteilen.

Ort/Datum

Vorname und FamilienNAME in Druckbuchstaben und Unterschrift/-
en des/der Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

Anlage zum Anmeldefragebogen für die Vorstellung im ZEUS. Bitte mit Anmeldefragebogen an das ZEUS zurücksenden!

Einwilligung zur Entbindung der Schweigepflicht

Sollte das Kind in einer Pflegefamilie/Einrichtung aufwachsen, tragen Sie bitte hier den Namen ein:

Ich bin damit einverstanden, dass das ZEUS die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation an die oben genannte Pflegefamilie/Einrichtung übermittelt.

ja nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das ZEUS die bei der oben genannten Pflegefamilie/Institution vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für die Behandlung im ZEUS erforderlich sind, anfordern darf. Diese Anforderung ermöglicht es dem ZEUS, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben der Einrichtung einzusehen. Das ZEUS wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

ja nein

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligungen einzeln ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Pflegefamilie/Institution und dem ZEUS statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenträger. Ihr Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort/Datum

Vorname und FamilienNAME in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en des/der Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

**Anlage zum Anmeldefragebogen für die Vorstellung im ZEUS. Bitte mit
Anmeldefragebogen an das ZEUS zurücksenden!**

**Einwilligung in die Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus
(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a,h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO
i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V)**

Name des überweisenden Haus- oder Kinderarztes

Ich bin damit einverstanden, dass das ZEUS die mein Kind betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen überweisenden Arzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation beim überweisenden Arzt.

ja nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das ZEUS die bei meinem überweisenden Arzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für die Behandlung meines Kindes erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem ZEUS die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das ZEUS wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

ja nein

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligungen einzeln ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen überweisendem Hausarzt/Kinderarzt/Facharzt und dem ZEUS statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort/Datum

Vorname und FamilienNAME in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en
des/der Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

**Anlage zum Anmeldefragebogen für die Vorstellung im ZEUS. Bitte mit
Anmeldefragebogen an das ZEUS zurücksenden!**

Einwilligung zur elektronischen Kommunikation per E-Mail

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass der E-Mail-Verkehr mit dem ZEUS derzeit nur unverschlüsselt erfolgt und mit allgemeinen Unsicherheiten in der elektronischen Kommunikation verbunden ist. Durch die Verwendung von SPAM-Filtern kann nicht gewährleistet werden, dass eine von uns versandte E-Mail den Adressaten erreicht. Inhalte können unvollständig oder verzögert übermittelt werden und ein unbefugtes Mitlesen sensibler Daten in der mail kann nicht ausgeschlossen werden.

Ich bin mit der Terminvereinbarung per E-Mail einverstanden.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Terminvereinbarung per E-Mail statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort/Datum

Vorname und FamilienNAME in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en
des/der Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

Einwilligung in die Speicherung von genetischen Befunden

Im Rahmen der Dokumentationspflicht des ZEUS erkläre ich mich damit einverstanden, dass Befunde, insbesondere alle genetischen Befunde (sofern vorhanden), länger als 10 Jahre aufgehoben und archiviert werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine genetischen Befunde länger als 10 Jahre aufgehoben und archiviert werden.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Terminvereinbarung per E-Mail statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort/Datum

Vorname und FamilienNAME in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en
des/der Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

**Anlage zum Anmeldefragebogen für die Vorstellung im ZEUS. Bitte mit
Anmeldefragebogen an das ZEUS zurücksenden!**

**Einwilligung zur Datenverarbeitung, Digitalisierung und Mikroverfilmung von
Patientenunterlagen**

Die Informationspflichten gegenüber Patienten gem. Art. 12 ff. DS-GVO, die in der Anlage "Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich" im Einzelnen aufgeführt sind, habe ich zur Kenntnis genommen. Deren Inhalte habe ich inhaltlich verstanden. Ich bestätige dies ausdrücklich durch meine Unterschrift.

Die Verwaltung der Informationen auf Papier stellt im täglichen Krankenhausalltag einen zunehmenden Aufwand dar. Dies schließt die Verwaltung der Befunde nach der Entlassung ein. Um diese riesigen Mengen an Unterlagen nicht weiter zu lagern, hat das Klinikum einen Vertrag zur Digitalisierung, Mikroverfilmung und Vernichtung der Krankenunterlagen mit der Firma Heydt-Verlag geschlossen. Dazu werden die Akten nach der Entlassung nach extern verbracht und nach den Vorgaben des Klinikums und den gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Dies stellt sicher, dass bei einer Wiederaufnahme des Patienten die alten Befunde dem Arzt sofort zur Verfügung stehen.

Ich willige ein, dass meine Befunde an die Fa. Heydt-Verlags-GmbH zum Zwecke der Digitalisierung, Mikroverfilmung und, nach zweimonatiger Lagerung, zur Vernichtung der Papierakte übergeben werden.

Ort/Datum

Vorname und FamilienNAME in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en
des/der Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

Aufsichtspflicht

Während des Aufenthaltes im ZEUS bin ich selber für die Aufsichtspflicht des Kindes verantwortlich. Dies gilt auch für die Zeiten und alle Untersuchungen innerhalb und außerhalb des ZEUS, in denen ich das Kind selber betreue.

Im Zweifelsfalle halte ich Rücksprache mit den Mitarbeitern des ZEUS.

Ich habe von der Vereinbarung zur Aufsichtspflicht Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Ort/Datum

Vorname und FamilienNAME in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en
des/der Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

