



Dr. med. Peter Möller
Ärztlicher Leiter

**Zentrum für Entwicklungsdiagnostik
und Sozialpädiatrie**

Tel. 05361 80-1389
Fax 05361 80-1421
zeus@klinikum.wolfsburg.de

Frühförderstelle am ZEUS

Tel. 05361 80-1685
Fax 05361 80-1686
famzeus@klinikum.wolfsburg.de

Version: vom 01.10.2025

Klinikum Wolfsburg | Sauerbruchstraße 7 | 38440 Wolfsburg

NAME, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Straße, Wohnort

**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!**

Bitte unterschreiben Sie den Fragebogen am Ende!

27.10.2025

Anmeldung für:

- ☐ Akut EEG-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:

Wird vom ZEUS ausgefüllt!!!:

Eingang am:	Angesehen:	NV bei:	NV am:
Bemerkungen		Dringlichkeit hoch ☐	Unterschrift beider Sorgeberechtigter ☐



Das ZEUS ist zertifiziert nach nach DIN EN ISO 9001:2015

Seite 1 von 14

Bitte Seiten 2-14 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: _____

Tel. Mutter/Sorgeberechtigte dienstl./mobil: _____

E-Mail: _____

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

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

Wenn ja, in welchem? _____

Sind Geschwisterkinder im ZEUS in Behandlung? Wenn ja, bitte Namen und Geburtsdatum angeben:



Das ZEUS ist zertifiziert nach nach DIN EN ISO 9001:2015

Seite 2 von 14

Vorstellungsanlass

Elterneinschätzung

In welchen Bereichen sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

☐ motorische Entwicklung	☐ Schlafverhalten
☐ Sprachentwicklung	☐ Epileptische Anfälle
☐ Schulleistungen	☐ Ernährung
☐ Intelligenzentwicklung	☐ Bauchschmerzen / Verdauungsprobleme
☐ Wachstum und Körperbau	☐ Gelenkschmerzen / Rheuma
☐ Verhalten	☐ Kopfschmerzen
☐ 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? ☐ Nein ☐ 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? ☐ Nein ☐ Ja Alkohol getrunken? ☐ Nein ☐ Ja Drogen genommen? ☐ Nein ☐ Ja	

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

Wenn ja, welche?

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten: ☐ Nein ☐ Ja

☐ Blutungen / drohende Fehlgeburt ☐ Hoher Blutdruck ☐ Infektionskrankheiten ☐ Operationen	☐ Zuckerkrankheit ☐ Seelische Belastungen ☐ 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?



Das ZEUS ist zertifiziert nach nach DIN EN ISO 9001:2015

Seite 4 von 14

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? ☐ Nein ☐ Ja	Aktuelle Ernährung:
Wenn ja, wie lange?	☐ Normale Mischkost ☐ Vegetarisch
Wann erhielt es den 1. Brei?	☐ Vegan ☐ Andere:
Essverhalten:	
☐ unproblematisch	☐ mäkelig / eingeschränkt
☐ 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?

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?



Das ZEUS ist zertifiziert nach nach DIN EN ISO 9001:2015

Seite 5 von 14

Allgemeine Entwicklung

Wann schlief es nachts durch? _____ Monat

Gibt es Probleme mit dem Schlafen? ☐ ja ☐ Nein ggf. kurz beschreiben
Gibt es Probleme mit dem Stuhlgang? ☐ ja ☐ Nein ggf. kurz beschreiben
Hat Ihr Kind öfter Schmerzen? ☐ ja ☐ Nein ggf. kurz beschreiben

Medizinische Familienanamnese

Blutverwandtschaft der Kindeseltern ☐ Nein ☐ Ja

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

☐ Anfallsleiden / Epilepsie / Fieberkrämpfe	☐ Neurologische Erkrankungen:
☐ Entwicklungsstörungen	☐ Psychische Erkrankungen:
☐ Geistige Behinderung	☐ Suchterkrankungen:
☐ Genetische Erkrankungen:	☐ Sonstige schwere Erkrankungen:
☐ 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, autismspezifische Therapie etc.)?

In welcher Form?
Seit wann?

Bei Schulkindern: erhält Ihr Kind sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welcher Bereich? ☐ Geistige Entwicklung ☐ Körperlich-motorisch ☐ Lernen	☐ Sozial-emotional ☐ Sprache ☐ 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? _____



Das ZEUS ist zertifiziert nach nach DIN EN ISO 9001:2015

Seite 7 von 14

IV. Hilfsmittel

Hat Ihr Kind Hilfsmittel? ☐ Nein ☐ Ja	
Wenn ja, welche?	
☐ Rollstuhl	☐ Hörgerät
☐ Spezieller Kinderwagen	☐ Mundplatte / Zahnsperre
☐ Spezielles Dreirad oder Fahrrad	☐ Orthesen, z.B. Schienen
☐ Stehständer	☐ Gehhilfen
☐ Brille	☐ 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



Das ZEUS ist zertifiziert nach nach DIN EN ISO 9001:2015

Seite 8 von 14

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? ☐ Nein ☐ Ja	Hört es zu? ☐ Nein ☐ Ja
Nimmt es Dinge in den Mund? ☐ Nein ☐ Ja	Ahmt es Handlungen nach? ☐ Nein ☐ Ja

Kinder älter 1. Lebensjahr

Kann sich Ihr Kind längere Zeit mit etwas beschäftigen? ☐ Nein ☐ Ja	Bei Schulkindern: hat Ihr Kind Schwierigkeiten...
Ist Ihr Kind leicht ablenkbar, schnell unkonzentriert? ☐ Nein ☐ Ja	- beim Lesen ☐ Nein ☐ Ja - beim Schreiben ☐ Nein ☐ Ja - beim Rechnen ☐ Nein ☐ Ja
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich etwas zu merken? ☐ Nein ☐ Ja	Sind Sie mit den Schulleistungen Ihres Kindes zufrieden? ☐ Nein ☐ 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? ☐ Nein ☐ Ja Ggf. kurz beschreiben	Wird Ihr Kind schnell wütend? ☐ Nein ☐ Ja Ggf. kurz beschreiben
---	---



Das ZEUS ist zertifiziert nach nach DIN EN ISO 9001:2015

Seite 9 von 14

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

--



Das ZEUS ist zertifiziert nach nach DIN EN ISO 9001:2015

Seite 10 von 14

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	Lauf rad 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? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wobei?	in der Feinmotorik? ☐ Nein ☐ 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? ☐ Nein ☐ Ja	Geht Ihr Kind selbstständig zur Toilette? ☐ Nein ☐ Ja
Kann sich Ihr Kind eigenständig anziehen? ☐ Nein ☐ Ja	Kann Ihr Kind eigenständig essen und trinken? ☐ Nein ☐ Ja
Zeigt Ihr Kind ein Gefahrenbewusstsein: im Straßenverkehr: ☐ Nein ☐ Ja bei heißen Gegenständen/Feuer: ☐ Nein ☐ Ja bei Höhen: ☐ Nein ☐ Ja bei Wasser: ☐ Nein ☐ Ja	

Ist Ihr Kind hilfsbereit im Haushalt? ☐ Nein ☐ Ja ☐ noch nicht altersrelevant Wenn ja, wobei?	Hat Ihr Kind feste Aufgaben im Haushalt? ☐ Nein ☐ Ja ☐ noch nicht altersrelevant Wenn ja, welche?
--	--

Haben Sie Haustiere? ☐ Nein ☐ Ja Falls Sie Haustiere haben: beteiligt sich Ihr Kind bei der Pflege/Betreuung? ☐ Nein ☐ Ja ☐ noch nicht altersrelevant Wenn ja, wie?



Das ZEUS ist zertifiziert nach nach DIN EN ISO 9001:2015

Seite 11 von 14

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?



Das ZEUS ist zertifiziert nach nach DIN EN ISO 9001:2015

Seite 12 von 14

Liebe Eltern,

aufgrund der gesetzlichen Vorgaben 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.

Eine Streichung der Einwilligungen oder einzelner Passagen kann unter Umständen dazu führen, dass eine Behandlung im ZEUS nicht möglich ist.

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

Einwilligung in die Datenübermittlung zwischen Kinder-/Hausarzt und Klinikum Wolfsburg (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)

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.

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.

Einwilligung zur Datenverarbeitung, Digitalisierung und Mikroverfilmung von Patientenunterlagen

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.

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.

Einwilligung zur telefonischen und elektronischen Terminvereinbarung und –erinnerung

Hiermit stimme ich zu, dass meine mobile Telefonnummer oder meine E-Mail-Adresse für eine Terminerinnerung verwendet werden darf.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Nutzung der Telefonnummer und E-Mail-Adresse 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.

Pflegefamilie/Wohnheim

Sollte das Kind in einer Pflegefamilie/Einrichtung aufwachsen, tragen Sie bitte den Namen in der beiliegenden Schweigepflichtsentbindung ein, damit die entsprechenden Daten wechselseitig ausgetauscht werden können.



Das ZEUS ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

Seite 13 von 14

Klärung der Sorgeberechtigung

Die Vorstellung und Untersuchung eines Kindes im ZEUS darf aus rechtlichen Gründen nur in Begleitung oder mit dem Einverständnis der Gesundheitsfürsorgeberechtigten (Teil des Sorgerechts) stattfinden. Daher ist diese Erklärung von allen Sorgeberechtigten zu unterschreiben.

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, eine Negativbescheinigung des Jugendamtes oder der Bestattungsurkunde 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.

Grundsätzlich muss die Einwilligung von allen Sorgeberechtigten unterschrieben werden.



Ist dieses nicht möglich, erkläre ich hiermit, dass ich meiner Informationspflicht gegenüber dem nicht anwesenden, ebenfalls gesundheitsfürsorgeberechtigten Elternteil nachkommen werde und wir uns über einen einheitlichen Behandlungsauftrag einig sind. Ohne diese Einigkeit kann eine Behandlung im ZEUS nicht erfolgen. Eine Änderung in der Sorgeberechtigung teilen wir dem ZEUS sofort mit.

Terminabsagen und Ausfallgebühr



Für den vereinbarten Termin planen wir viel Untersuchungs- und Gesprächszeit ein.

Die Sorgeberechtigten verpflichten sich, bei Verhinderung für die Behandlung ihres Kindes im ZEUS vereinbarte Behandlungstermine spätestens 24 Stunden vor dem Termin unter nachfolgender Telefonnummer abzusagen: 05361-801389 oder per E-Mail an zeus@klinikum.wolfsburg.de.

Erfolgt die Terminabsage nicht oder nicht rechtzeitig innerhalb der vorgenannten Frist, wird den Sorgeberechtigten ein Betrag in Höhe von € 50,- in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar haben die Sorgeberechtigten unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

Ort/Datum

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



Das ZEUS ist zertifiziert nach nach DIN EN ISO 9001:2015

Seite 14 von 14