



Klinikum Wolfsburg | Sauerbruchstraße 7 | 38440 Wolfsburg



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
ffamzeus@klinikum.wolfsburg.de

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!

Anmeldung für:

- Akut EEG-Sprechstunde
Allgemeine Anmeldung

Medizinische Fragestellung an das ZEUS:

- Konzentration, Verhalten, Lernstörung, Autismus, Hyperaktivität, Regulationsstörung, Emotionale Auffälligkeiten, Sonstige
Sprachentwicklung, Motorische Entwicklung, Globale Entwicklungsstörung, Epilepsie, Spastische Bewegungsstörung, Neuromuskuläre Erkrankung, Syndromale Erkrankung
Orthesen, Hilfsmittel, Asymmetrie

Sonstige Fragestellungen/Anmerkungen/Ergänzungen/Gesicherte Diagnosen:

Wichtige Vorbefunde:

Freitext

Datum:

Stempel

Unterschrift:

Wird vom ZEUS ausgefüllt!!!:

Table with 4 columns: Eingang am, Angesehen, NV bei, NV am. Includes a row for Bemerkungen and Dringlichkeit hoch.



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

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?

<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"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Seelische Belastungen
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Andere
<input type="checkbox"/> Operationen	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"/> unproblematisch <input type="checkbox"/> wechselhaft	<input type="checkbox"/> mäkelig / eingeschränkt <input type="checkbox"/> _____

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?

<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

Blutverwandtschaft der Kindeseltern <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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:	



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?

<p>Wie ist die derzeitige Wohnsituation? <input type="checkbox"/> zu klein <input type="checkbox"/> ausreichend</p> <p>Ggf. beschreiben</p>
<p>Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>Sind sich die Eltern in der Erziehung überwiegend einig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein ggf. kurz beschreiben</p>
<p>Sind noch weitere Personen an der Erziehung beteiligt (Großeltern, andere Verwandte)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wer und in welcher Form?</p>

VI. Lernen und allgemeine Anforderungen

Babys (1. Lebensjahr):

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

Kinder älter 1. Lebensjahr

<p>Kann sich Ihr Kind längere Zeit mit etwas beschäftigen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Ist Ihr Kind leicht ablenkbar, schnell unkonzentriert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich etwas zu merken? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Bei Schulkindern: hat Ihr Kind Schwierigkeiten...</p> <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 <p>Sind Sie mit den Schulleistungen Ihres Kindes zufrieden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
---	---

In welchem Alter zeigte Ihr Kind

Blickkontakt zur Mutter/zum Vater _____ Monat

Soziales Lächeln _____ Monat

Sucht Ihr Kind Körperkontakt? Nein Ja

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



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

Seite 9 von 14

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 zeigt 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 Höhen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
bei heißen Gegenständen/Feuer: <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?



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 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 Bestallungsurkunde bei.

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Gesundheitsfürsorgeberechtigte(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.

X 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

X 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

