

Anmeldeunterlagen

<p>Angaben über das Kind/den Patienten</p> <p>.....</p> <p>Familienname/Vorname</p> <p>.....</p> <p>Geburtsdatum Staatsangeh.</p> <p>.....</p> <p>PLZ Wohnort</p> <p>.....</p> <p>Straße</p> <p>.....</p> <p>Landkreis Reg. Bezirk</p> <p>.....</p> <p>Krankenkasse Geschäftsstelle</p> <p>Versicherter:</p> <p>Name/Anschrift des beh. <u>KINDERARZTES:</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Angaben über den Vater</p> <p>sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p> <p>Familienname / Vorname</p> <p>.....</p> <p>Geburtsdatum Staatsangeh. Familienstand</p> <p>.....</p> <p>PLZ Wohnort</p> <p>.....</p> <p>Straße</p> <p>.....</p> <p>Landkreis Reg. Bezirk</p> <p>.....</p> <p>Krankenkasse Geschäftsstelle</p> <p>.....</p> <p>Beruf Arbeitgeber</p> <p>.....</p> <p>Telefon (privat / dienstl. / Handy)</p> <p>.....</p> <p>E-Mail</p> <p>.....</p>
<p>Angaben über die Mutter</p> <p>sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p> <p>Familienname / Vorname</p> <p>.....</p> <p>Geburtsdatum Staatsangeh. Familienstand</p> <p>.....</p> <p>PLZ Wohnort</p> <p>.....</p> <p>Straße</p>	<p>.....</p> <p>Landkreis Regierungsbezirk</p> <p>.....</p> <p>Krankenkasse Geschäftsstelle</p> <p>.....</p> <p>Beruf Arbeitgeber</p> <p>.....</p> <p>Telefon (privat / dienstl. / Handy)</p> <p>.....</p> <p>E-Mail</p> <p>.....</p>
<p>Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,</p> <p>im Rahmen der Behandlung bzw. Versorgung Ihres Kindes ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten des Kindes und der Sorgeberechtigten zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb von Hessing Kids als auch im Zusammenspiel mit weiteren an der Behandlung beteiligten Personen / Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie ausführliche Informationen zusammengestellt. Diese hängen bei Hessing Kids in allen Wartebereichen aus und sind auf unserer Homepage als PDF-Download verfügbar.</p> <p>Ich/Wir wünschen die Vorstellung unseres Kindes bei Hessing Kids und haben obige Information zur Kenntnis genommen. Mit der Terminbestätigung bzw. –erinnerung per SMS bin ich einverstanden:</p> <p>Mutter: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Vater: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.</p> <p><i>Bei zwei sorgeberechtigten Elternteilen ist die Unterschrift beider Elternteile erforderlich, ansonsten können wir keine Termine vergeben.</i></p> <p>.....</p> <p>Datum Unterschrift der Mutter Unterschrift des Vaters</p>	

Für die Kinderarztpraxis

Anmerkungen/Wünsche der Kinderarztpraxis an Hessing Kids:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>..... Praxis-STEMPEL</p>

Bitte beachten Sie beim Ausstellen der Überweisung den **Überweisungstext**

Überweisung an: **Kinder- u. Jugendmedizin Hessing Kids**

und denken Sie an die Angabe der (Verdachts-)Diagnose.

Name/Vorname Kind: Geb.datum:

Tel.:

Von wem wurde die Vorstellung zur weiteren Betreuung empfohlen?

.....

Aus welchem Grund möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?

Schildern Sie bitte kurz die Probleme!

.....

.....

.....

.....

Mein Kind geht:

noch nicht in den Kindergarten

in die Kinderkrippe

Name der Kinderkrippe:.....

in den Kindergarten: ab/seit.....

Name des Kindergartens:.....

in die Schule: ab/seit.....

Klasse und Name der Schule:

in den Hort / Tagesstätte

Name:

spezielle Fördereinrichtung (z.B. integrativer Kindergarten, SVE, Förderschule)

.....

Wo treten die Probleme auf?

nur zu Hause

nur im Kindergarten/in der Schule

nur in fremder Umgebung (z.B bei Besuchen)

überall

Haben Sie Ihr Kind wegen dieser Probleme schon an anderer Stelle

(z. B. Hausarzt, Kinderarzt, anderer Arzt, sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik, Psychologe,...) vorgestellt?

nein

ja, bei:

Welche Fördermaßnahmen hat Ihr Kind bisher erhalten?

(Bitte geben Sie die jeweilige Praxis oder Förderstelle mit Adresse an)

keine

Physiotherapie:

Ergotherapie:

Logopädie:

Heilpädagogik:

Psycholog. Therapie:

Frühförderung:.....

Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

.....

.....

Wünschen Sie ein offenes Beratungsangebot (OBA) in unserer Einrichtung?

ja nein

Wurde für Ihr Kind zuvor im Kindergarten der Heilpädagogische Fachdienst (HFK) hinzugezogen?

ja nein

→ Falls ja, sind Sie mit einer Weitergabe relevanter Informationen aus dem HFK an die ärztliche Sprechstunde einverstanden?

ja nein

Gab es Besonderheiten

in der Schwangerschaft?:.....
bei der Geburt?:.....
Frühgeburt, Schwangerschaftswoche:
Geburtsgewicht:
nach der Geburt?:.....
Verlegung in eine Kinderklinik: (welche?)
Beatmung:.....
Trink-/Ernährungsprobleme:
Sonstiges:

Besteht oder bestehen bei Ihrem Kind:

Blindheit / Sehbehinderung, behandelnder Augenarzt:.....
 Taubheit / Schwerhörigkeit, behandelnder HNO-Arzt:.....
 Krampfanfälle, behandelnder Arzt:
 akute oder chronische Erkrankung/Behinderung/Unfall, behandelnder Arzt:
.....

Wurden bereits spezielle Untersuchungen bei Ihrem Kind durchgeführt?

Röntgen, MRT, Ultraschall EEG
 genetische Untersuchungen Herz- oder Lungenuntersuchung
 Stoffwechseluntersuchungen orthopädische Untersuchung
 Sonstiges:.....

Wo wurden sie durchgeführt?.....
.....

Bekommt Ihr Kind:

Medikamente?:.....
spezielle Diäten?:.....

Hat Ihr Kind Hilfsmittel (z.B. Sitzschale, orthopädische Schuhe, o.ä.): Wenn ja, welche

.....
.....

Beziehen Sie Pflegegeld für Ihr Kind? Pflegegrad

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?

Grad der Behinderung: Merkzeichen:

Bekommt Ihre Familie sonstige Hilfen (Familientlastender Dienst, Familienhilfe, Krankenpflegedienst)?

.....