

Familienfragebogen SPZ Stuttgart

Klinikum Stuttgart
Olgahospital
 Sozialpädiatrisches Zentrum
 Kriegsbergstr.62
 70174 Stuttgart
 Tel. 0711 278-72760

vergeben an:

Eingang am:

Termin am:

verschickt über:

Fax: 0711 278-72429

E-Mail: spz@klinikum-stuttgart.de

Liebe Eltern,

bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen einen **Untersuchungstermin** erst dann nennen können, wenn uns dieser **FRAGEBOGEN ausgefüllt** vorliegt.

Kind:	Name	Vorname	Geburtsdatum		männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>
Mutter:	Name	Vorname	Geburtsdatum			
Vater:	Name	Vorname	Geburtsdatum			
Anschrift:	Straße/ Hausnummer		PLZ/ Ort			
Telefonnummer:	Mobil		Festnetznummer			
Emailadresse:						
Kostenträger:	(Krankenkasse/ Privat/ Sozialamt)					
War Ihr Kind oder ein Geschwisterkind schon hier im SPZ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		bei wem?			
Wird ein Dolmetscher benötigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Sprache:			

Vom überweisenden **Arzt/Ärztin unbedingt** auszufüllen:

Diagnosen / Fragestellungen:

Stempel/Unterschrift

Weshalb wollen Sie Ihr Kind bei uns vorstellen? (Probleme/Fragen/Sorgen?) Bitte beschreiben Sie ausführlich:

Bitte füllen Sie Folgendes für uns so genau wie möglich aus:

Verlauf der Schwangerschaft:

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft nein ja, welche:

Nahmen Sie/ hatten Sie während der Schwangerschaft

- 1) Erkrankungen? nein ja, welche: (z.B. auch Schilddrüse/Diabetes/Bluthochdruck)
- 2) Medikamente? nein ja, welche:
- 3) Zigaretten? nein ja, wann und wieviel/Tag:

- 4) Alkohol? nein ja, was und wieviel/Tag:
 5) Drogen? nein ja, welche:
 6) Seelische oder berufliche Belastungen? nein ja, welche:

Angaben zur Geburt (z.B. aus gelbem Vorsorgeheft):

Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche Geburtsklinik:
 Gewicht: Länge: Kopfumfang: APGAR: I I Nabelschnur PH:
 Geburtsmodus: Spontangeburt geplanter Kaiserschnitt ungeplanter Kaiserschnitt
 Probleme während/nach der Geburt:
 (z.B. Kinderklinikaufenthalt/Beatmung?)

Auffälligkeiten in Säuglings-/ Kleinkindzeit:

Wurde Ihr Kind gestillt? nein ja, wie lange:
 Gab es Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr? nein ja:
 (z.B. Trinkschwierigkeiten, häufiges Erbrechen, extremes Schreien, Schlafprobleme, 3-Monatskoliken?)

Entwicklungsdaten:

freies Gehen mit:
 Erste Worte mit : 2-Wortsätze mit:
 Familiensprache/n: Deutsch ab wann?
 „sauber und trocken sein“: tagsüber: nachts:
 Sonstige Auffälligkeiten:

Gesundheit Ihres Kindes:

Bisherige Erkrankungen:

Häufige Ohrinfekte? nein ja:
 Krampfanfälle: nein ja:
 Krankenhausaufenthalte: nein ja:
 Unfälle/OPs: nein ja:
 Allergien:
 Medikamente:

Hilfsmittel: (Brille, Einlagen, Hörgeräte, Rollstuhl o.ä.)

Bisherige Diagnostik/ Untersuchungen bei Ihrem Kind: (bitte unbedingt Berichte mitschicken!)

Hörtest bei HNO zuletzt: Augenarzt zuletzt:
 Pädaudiologie Untersuchung?
 EEG: nein ja: (wann?)
 MRT: nein ja: (wovon und wann?)
 Sonstige Untersuchungen:

Welche anderen Beratungen oder Hilfen wurden in Anspruch genommen? (Frühförderstelle, anderes SPZ, Sonderpädagogischer Dienst, Beratungslehrer etc.?) (bitte unbedingt Berichte mitschicken!)

Bisherige Therapien/ Fördermaßnahmen: (bitte Berichte mitschicken)			
Krankengymnastik	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wann?
Logopädie	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wann?
Ergotherapie	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wann?
Psychotherapie	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wann?
Sonstiges:	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wann?
Unterstützende Maßnahmen (z.B. Jugendamt/ Integrationskraft/ Frühförderung):			
Sozialrechtliches: nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>			
Schwerbehindertenausweis GdB:		gültig bis:	Merkzeichen:
Pflegegrad:		gültig bis:	
Umweltfaktoren und Familienanamnese:			
Leben die Eltern zusammen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wo? in Wohnung/Haus/Wohnheim?	
Beruf/stätigkeit Mutter:			
Berufs/tätigkeit Vater:			
Sorgerecht:			
Geschwister: (Geschlecht, Alter)		Fehlgeburten/verstorbene Geschwister? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja:	
Gesundheit der Familie:			
Sind die Eltern miteinander verwandt?		nein <input type="radio"/>	ja: <input type="radio"/>
Erkrankungen in der Familie:		nein <input type="radio"/>	ja: <input type="radio"/>
Psych. Belastungen:		nein <input type="radio"/>	ja: <input type="radio"/>
Gibt/gab es ähnliche Probleme wie bei Ihrem Kind auch bei anderen Personen in der Verwandtschaft?			
Angaben zu Kindergarten:			
Kita/ Kindergarten:			
Beginn im Alter von:			
Gibt/ Gab es Probleme? wenn ja, welche?			
Schulischer Werdegang:			
Besuch einer Grundschulförderklasse?		nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
Rückstellung/ Wiederholung einer Klasse?		nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
Welche Klasse aktuell?			
Welche Schule?			
Gibt/ Gab es Probleme? wenn ja, welche?			

Unterschrift zum Datenschutz auf Seite 4 bitte nicht vergessen.

Falls Ihr Kind bereits die Schule besucht, bitte auch die ausgefüllten **Schulfragebögen** (Download auf unserer Homepage) mitschicken.

Einverständniserklärung Verarbeitung von Daten durch das Klinikum Stuttgart, einschließlich SPZ-Team, gem. Art. 6, 9, 17, 18 EU- Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i.V.m. § 45 Landeskrankenhausgesetz BW:

Die Einzelheiten zum Datenschutz (Verantwortlichkeiten, Zwecke der Datenverarbeitung, Zugriff auf und Empfänger Ihrer Daten, Speicherung, Sperrung und Löschung der Daten sowie rechtliche Grundlagen und Ihre Rechte) wurden mit Ihnen besprochen bzw. können Sie der zur Verfügung gestellten Informationsschrift „Patienteninformation zum Datenschutz“ entnehmen. Nach Gelegenheit zur Nachfrage erteilen Sie die folgenden Einwilligungserklärungen:

Hiermit bin ich einverstanden, dass meine Daten, welche mit diesem Fragebogen im Rahmen der medizinischen Versorgung erhoben wurden, nach den Bestimmungen der derzeit gültigen EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bzw. der einschlägigen Spezialgesetze, durch das Klinikum Stuttgart, einschließlich des SPZ-Teams, verarbeitet werden dürfen.

Auf mein Verlangen sperrt das Klinikum im Rahmen der technischen Möglichkeiten die besonderen personenbezogenen Daten gem. Art. 17, 18 DSGVO. Diese Sperrung wird nur zur Abwendung von unmittelbarer Gefahr für mich, mit meiner Einwilligung, bei Geltendmachung von Rechtsansprüchen oder nach gesetzlichen Vorgaben aufgehoben, wobei ich von der Aufhebung unterrichtet werde. Nach Ablauf von längstens 30 Jahren seit Behandlungsende oder nach den zeitlichen Vorgaben der einschlägigen, spezialgesetzlichen Regelungen werden die Daten im Rahmen der technischen Möglichkeiten gelöscht.

Die vorgehenden Einwilligungserklärungen habe ich gelesen und verstanden. Sie können mit Wirkung für die Zukunft jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Die Mitarbeiter des SPZ-Teams sichern zu, dass alle Daten und Informationen streng vertraulich behandelt werden. Es steht mir jederzeit frei, auf die Leistungen des SPZ-Teams zu verzichten oder Angebote des SPZ-Teams abzulehnen. Nachteile entstehen mir dadurch nicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum:

Name Erziehungsberechtigte(r):

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r):

Geschafft 😊 **Vielen Dank fürs Ausfüllen!**

Ihr SPZ-Team