

# ANMELDUNG IM SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTRUM

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

um Ihr Kind im kbo-Kinderzentrum München anzumelden, beachten Sie bitte die nachfolgenden Schritte:

- Schritt 1:** Bitte füllen Sie nachfolgenden **Anmeldebogen** aus. Anschließend bitte **ausdrucken** und an den **gekennzeichneten Stellen unterschreiben**.
- Schritt 2:** Bitte legen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen Ihrer **Kinderarztpraxis** vor, damit diese ihre Zustimmung zur Behandlung im kbo-Kinderzentrum gibt.
- Schritt 3:** Bitte schicken Sie den **von der Kinderarztpraxis abgestempelten** und ggf. ergänzten Anmeldebogen an das:

kbo-Kinderzentrum München  
Patientenverwaltung  
Heiglhofstr. 65  
81377 München

**Schritt 4:** *Ab jetzt sind wir am Zug. Geben Sie uns ein paar Tage Zeit, dann werden wir uns mit Ihnen bzgl. der Terminvereinbarung in Verbindung setzen.*

## WICHTIGE INFORMATION

Bitte bringen Sie **zum Termin im kbo-Kinderzentrum** einen **Überweisungsschein** Ihres Kinderarztes **und** die **elektronische Gesundheitskarte** Ihres Kindes mit.  
Nur wenn Sie uns **beides** vorlegen ist eine Behandlung möglich.

kbo-Kinderzentrum München  
gemeinnützige GmbH

Sozialpädiatrisches Zentrum u. Neuropädiatrie  
Dr. med. Michael-Andor Marton

- Frühe Entwicklung und Kommunikation  
Dr. med. Margret Ziegler
- Hören · Sprache · Cochleaimplantate  
Dr. med. Andreas Nickisch
- Sensomotorik  
Martin Jakobeit  
Dr. med. Angela Bauer
- Epileptologie · EEG  
Dr. med. Daniela von Pfeil
- Medizinische Genetik  
Dr. (Univ. Verona) Monika Cohen

Fachklinik für Sozialpädiatrie und  
Entwicklungsrehabilitation komm.  
Dr. med. Michael-Andor Marton

Psychologie  
Dipl.-Psych. Dr. Friedrich Voigt

Geschäftsführer  
Alexander Lechner

Ärztlicher Direktor  
Univ.-Prof. Dr. med. Volker Mall  
Lehrstuhlinhaber für Sozialpädiatrie  
an der TU München

Pflegedirektorin  
Ute Schmitz

Web | [kbo-kinderzentrum.de](http://kbo-kinderzentrum.de)



# Anmeldebogen

Familienname des Kindes:	_____	Vorname:	_____			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geboren am:	_____	in:	_____		
Wohnhaft bei:	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> im Heim
PLZ / Wohnort:	_____	Straße:	_____			
Telefonnummer mobil:	_____	Weitere	_____			
Versichertenr. des Kindes:	_____	Telefonnr.:	_____			
<b>Hauptversicherer:</b>	_____	Geb. am:	_____			
Email-Adresse:	_____					
Name (Vater)	_____	Geb. am:	_____	Beruf:	_____	
Name (Mutter)	_____	Geb. am:	_____	Beruf:	_____	
<b>Name und Anschrift der Krankenversicherung:</b>	_____		<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich	_____	

## Überweisender Kinderarzt

**Hier Stempel der Kinderarztpraxis**

Ergänzende Angaben des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

## Warum möchten Sie Ihr Kind im kbo-Kinderzentrum München zur Untersuchung anmelden?

## Welche Hilfe für Ihr Kind erwarten Sie von uns?

## Wünschen Sie ein Erstgespräch bei uns ohne Kind?

## War das Kind oder ein Geschwisterkind schon bei uns in Behandlung?

Falls ja, Name und Geburtsdatum des Geschwisterkindes: \_\_\_\_\_

## Befinden Sie sich mit Ihrem Kind in Betreuung anderer SPZ/ Einrichtungen/Ärzte?

**Wenn ja** – welche Einrichtungen und wie lauten die Diagnosen? (Vorbefunde bitte in Kopie beilegen)

**War Ihr Kind in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung?**

nein    wenn ja, wo?  Kinderklinik Schwabing  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Fragen zum kulturellen Hintergrund**

Geburtsland der Mutter (falls nicht Deutschland): \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsland des Vaters (falls nicht Deutschland): \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit Vater: \_\_\_\_\_

Kind in Deutschland geboren:    ja     nein     Einreisejahr: \_\_\_\_\_

Muttersprache des Kindes deutsch:    ja     nein

Deutschkenntnisse des Kindes \_\_\_\_\_    Deutschkenntnisse der Eltern \_\_\_\_\_

Benötigen Sie bei der Dolmetscherorganisation Hilfe? Wenn ja, in welcher Sprache? \_\_\_\_\_

(Kosten für Dolmetscher können wir leider nicht übernehmen; für Rückfragen steht Ihnen unser Terminsekretariat unter der Telefonnummer 089-71009-182 gerne zur Verfügung).

Wer hat das **Sorgerecht**?

Eltern                       nur Mutter                       nur Vater

Sonst.:  \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geb.datum des/der Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend): \_\_\_\_\_

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im kbo-Kinderzentrum München zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen einer etwaig weiteren sorgeberechtigten Person rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen und dass diese mit der Anmeldung im kbo-Kinderzentrum München einverstanden ist.

Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir dem kbo-Kinderzentrum umgehend mit.

**X**

**Datum & eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten**

HINWEIS:    Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im kbo-Kinderzentrum München aus rechtlichen Gründen nicht möglich!

Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und tragen Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts ein: \_\_\_\_\_

**BITTE BEACHTEN SIE AUCH DIE NACHFOLGENDE SEITE**



### Einwilligungserklärung gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Hiermit willige ich/willigen wir ein, dass personenbezogene Daten, insbesondere Name, Kontaktdaten, Gesundheits- und Sozialdaten zum Zweck der Vertragserfüllung/Betreuung erhoben, verarbeitet und gespeichert werden dürfen. Zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben werden bei kbo die Daten für weitere 10 Jahre nach Abschluss der Vertragserfüllung/Betreuung gespeichert.

Gemäß §15 DSGVO bin ich/sind wir jederzeit berechtigt, gegenüber kbo um umfangreiche Auskunftserteilung zu den gespeicherten Daten zu ersuchen. Ich kann/wir können gemäß §17 DSGVO jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir jederzeit, ohne Angabe von Gründen von meinem/unserem Widerspruchsrecht Gebrauch machen kann/können und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern/einschränken oder gänzlich widerrufen kann.

Der Widerruf ist postalisch an folgende Adresse zu richten: Kliniken des Bezirks Oberbayern - Kommunalunternehmen kbo-Konzerndatenschutzbeauftragter • Postfach 22 12 61 • 80502 München.

Zuständige Aufsichtsbehörde für kbo:

Bayerischer Landesbeauftragter für den Datenschutz • Postfach 22 12 19 • 80502 München  
oder Wagnmüllerstraße 18 • 80538 München

X \_\_\_\_\_

Ort, Datum & eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

### Terminreminder per SMS

Das kbo-Kinderzentrum bietet als **Serviceleistung** an, Sie per SMS an Ihre Behandlungstermine zu **erinnern**. In der Regel erhalten Sie ca. 3 Werktage vor dem Behandlungstermin eine Erinnerungs-SMS auf Ihr Mobiltelefon.

Ich möchte per SMS an meine Behandlungstermine erinnert werden

ja  nein

X \_\_\_\_\_

Ort, Datum & eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

Sie können Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

### Informationen zum kbo-Kinderzentrum

Das kbo-Kinderzentrum bietet als **Serviceleistung** an, Sie über laufende Aktivitäten des kbo-Kinderzentrum München postalisch oder per Email zu informieren.

Ich möchte Informationen über Aktivitäten des kbo-Kinderzentrum München erhalten

ja  nein

X \_\_\_\_\_

Ort, Datum & eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

Sie können Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:  
telefonisch unter 089-71009-0 oder per e-mail unter [patientenverwaltung@kbo.de](mailto:patientenverwaltung@kbo.de)

