

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 **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. Daniela v. Pfeil
Angela Bauer
- Epilepsieambulanz
Dr. med. Ina Breitweg
- 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-muenchen.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:	_____		
Telefonnr. tagsüber:	_____	Weitere Telefonnr.:	_____		
Versichertenr. des Kindes:	_____				
Hauptversicherer:	_____	Geb. am:	_____		
Email-Adresse:	_____				
Name (Vater)	_____	Geb. am:	_____	Beruf:	_____
Name (Mutter)	_____	Geb. am:	_____	Beruf:	_____
Name und Anschrift der Krankenversicherung:	_____	<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?

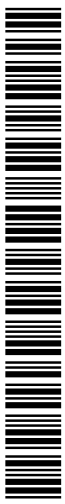
Wünschen Sie ein Erstgespräch bei uns ohne Kind?

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 u. 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).

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden, um weiterhin über Aktivitäten des kbo-Kinderzentrums München informiert zu werden. Ich kann meine/wir können unser Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Einverstanden: Ja Nein

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/unsere(n) 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 Sorgerechtsberechtigung 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: _____

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

telefonisch unter 089-71009-0 oder per e-mail unter patientenverwaltung@kbo.de

