

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. 69
81377 München

Schritt 4: *Ab jetzt sind wir am Zug. Sie erhalten von uns eine Bestätigung über den Eingang Ihrer Anmeldung. Wir werden uns dann für eine Terminvereinbarung mit Ihnen 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. Marta Somorai
Ulrike Köhler

- Frühe Entwicklung und Kommunikation
Dr. med. Margret Ziegler
- Hören · Sprache · Cochleaimplantate
Dr. med. Katharina Eder
- Sensomotorik
Dr. med. Maesa Al-Hallak
- Epileptologie · EEG
Dr. med. Daniela von Pfeil
- Medizinische Genetik
Dr. (Univ. Verona) Monika Cohen
- SPZ am Standort Schwabing
Dr. med. Armin Gehrmann

Fachklinik für Sozialpädiatrie und
Entwicklungsrehabilitation

Station 1
Dr. med. Margret Ziegler
Station 2
Dr. med. Michael-Andor Marton
Station 3
Simone Kanz

Psychologie
Dipl.-Psych. Sabine Herold
Prof. Dr. Maria Licata-Dandel

Geschäftsführer
Christoph Decho

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

Pflegedirektorin
Ute Schmitz

Web | kbo-kinderzentrum.de

Die kbo-Kinderzentrum München gemeinnützige GmbH ist ein Tochterunternehmen des Kommunalunternehmens der Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) und zertifiziert nach DIN EN ISO 9001.

Sitz: München | Amtsgericht München, HRB 176959 | Geschäftsführer: Christoph Decho | USt-IdNr. DE 262904720
Bankverbindung: Hypovereinsbank AG München · BLZ 700 202 70 · Kontonummer 2979470 · IBAN
DE23700202700002979470 · BIC: HYVEDEMMXXX



Anmeldebogen

Familienname des Kindes:	_____	Vorname:	_____	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	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.:	_____	
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 und wie lauten die Diagnosen? (Vorbefunde bitte in Kopie beilegen)

Hat Ihr Kind Erkrankungen in den folgenden Körperbereichen? (bitte ankreuzen)

Augen/Sehen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....	Knochen/Muskel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....
Ohren/Hören	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....	Schilddrüse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....
Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....	Hormonhaushalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....
Bewegungsstörung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....	Haut	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....
Herz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....	Immunschwäche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....
Lunge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....
Nieren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....
Verdauung/Leber	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....	Schwere Unfälle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:.....

Sind Sie mit einem Video- oder Telefontermin im Vorfeld zur Klärung dieser Erkrankungen einverstanden? nein ja**Ist bei Ihrem Kind eine genetische Diagnose bekannt?** nein ja

Wenn ja, welche: Bitte genetischen Befund beilegen

Hatte Ihr Kind eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und /oder Behandlung?

Ambulant nein Wenn ja, in welcher Einrichtung:..... Bitte Arztbericht beilegen
 Stationär nein Wenn ja, in welcher Einrichtung:..... Bitte Arztbericht beilegen

Hatte Ihr Kind schon einen IQ-Test oder standardisierte Entwicklungsdiagnostik? nein Wenn ja, wann.....

in welcher Einrichtung:..... Bitte Bericht beilegen

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?

Hinweis: für den Ersttermin im kbo-Kinderzentrum können leider keine Dolmetscherkosten übernommen werden.

Falls Sie einen Dolmetscher anfordern möchten, können Sie dies über die Organisation Bayzent tun, die unter folgender Telefonnummer erreichbar ist: Tel: 089 / 18 93 78 76-0.

Sollten Sie Hilfe benötigen, lassen Sie sich gerne unter der Tel. 089/71009-0 mit einem unserer Sekretariate verbinden.

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 etwaigen 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: _____



Einwilligungserklärung u.a. gem. Datenschutzgrundverordnung (EU-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 30 Jahre nach Abschluss der Vertragserfüllung/Betreuung gespeichert.

Ferner willige ich ein, dass nach Abschluss der Behandlung die Kinderarztpraxis (s. Seite 2) vom kbo-Kinderzentrum einen Arztbrief incl. aller Diagnosen (ggf. auch genetischer Diagnosen) erhält.

Gemäß Art.15 EU-DSGVO bin ich/sind wir jederzeit berechtigt, gegenüber kbo um umfangreiche Auskunftserteilung zu den gespeicherten Daten zu ersuchen. Ich kann/wir können gemäß Art.17 EU-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-Konzernschutzbeauftragter · 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

Benachrichtigung per SMS

Das kbo-Kinderzentrum bietet als **Serviceleistung** an, Sie per SMS u.a. an Ihre Behandlungstermine zu **erinnern**. In der Regel erhalten Sie ca. 3 Werktage vor dem Behandlungstermin eine Erinnerung-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 patientenaufnahme.kiz@kbo.de

