

ANMELDUNG IM SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTRUM FÜR HOME-TREATMENT

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 und **unterschreiben** Sie ihn an den **gekennzeichneten Stellen**.

Schritt 2: Bitte schicken Sie den ausgefüllten Anmeldebogen an das:

kbo-Kinderzentrum München
Dr. med. Aynur Damli-Huber
Heiglhofstr. 65
81377 München
oder per FAX: 089/71009-148

Schritt 3: *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
Für das Home-Treatment benötigen wir keine Überweisung!

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 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



Anmeldebogen Home-Treatment

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.:	_____
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	_____

Überweisendes SPZ (KEIN ÜBERWEISUNGSSCHEIN NOTWENDIG!!)

Betreuendes Tandem (Name, Tel.nr., e-mail-Adresse):

Diagnosen:

Indikationen/Fragestellung/Therapieziele:

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

Falls ja, Name und Geburtsdatum des Geschwisterkindes:

War Ihr Kind in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, wo? <input type="checkbox"/>



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 zum Home Treatment 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: _____

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinden wir die zuständigen Mitarbeiter in den Einrichtungen des Klinikums Dritter Orden und des kbo-Kinderzentrum München gegenseitig von der Schweigepflicht

Name d. sorgeberechtigten Personen: _____

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Sorgeberechtigten

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 089-71009-123 oder per e-mail unter hometreatment.kiz@kbo.de