

## Anmeldung im Zentrum für Sozialpädiatrie und Kinderneurologie

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) der Rheinhessen-Fachklinik (RFK) in Mainz ist eine spezialisierte Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung von Kindern und Jugendlichen.

Für die Anmeldung Ihres Kindes im SPZ sind nachfolgende Schritte unbedingt notwendig, weil sonst eine Terminvergabe NICHT möglich ist:

1. **Bitte halten Sie zunächst Rücksprache** mit Ihrem Kinderarzt (KA), da wir nur dann tätig werden dürfen, wenn dieser Ihnen eine Überweisung ausstellt. Wir benötigen zusätzlich zwingend die von Ihrem KA ausgefüllte und unterzeichnete Seite 3 des Anmeldebogens, mit eindeutiger Fragestellung sowie Kopien der wichtigsten Befunde / Arztberichte, die Sie uns bitte mit diesem Bogen zusenden.
2. Erst nach Eingang des **vollständig ausgefüllten Anmeldebogens** erhalten Sie von uns schnellstmöglich eine Rückmeldung. Termine werden in Abhängigkeit der Fragestellung bzw. des Krankheitsbildes und der Verfügbarkeit eines freien Termins vergeben.
3. Zum geplanten Termin bringen Sie dann bitte einen aktuellen **Überweisungsschein** des Kinderarztes, das gelbe Untersuchungsheft, den Impfpass sowie die Krankenkassen-Chipkarte des Kindes mit.

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das nachfolgend genannte Kind im SPZ der RFK Mainz zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Mit meiner/unseren Unterschrift(en) erkläre ich/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 SPZ einverstanden ist.

X \_\_\_\_\_

### Datum und eigenhändige Unterschrift/-en aller Personensorgeberechtigten

*Hinweis: Ohne Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im SPZ aus rechtlichen Gründen nicht möglich!*

*Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestellsurkunde bei und tragen Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts ein.*

**Einverständniserklärung und Datenschutz:** Mit Abgabe dieses Anmeldebogens erkläre ich mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme (auch zur Terminerinnerung) und Weiterverarbeitung einverstanden. Ich bin zudem damit einverstanden, dass die Mitarbeiter:innen des SPZ notwendige Dokumente von z.B. Ärzten, Therapeuten oder Einrichtungen anfordern dürfen. Die Datenschutzerklärung (<https://www.landestkrankenhaus.de/datenschutz>) habe ich gelesen und akzeptiere ihre Bestimmungen. Die Einwilligung dieser Kontaktaufnahme erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mit dem Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiter verarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich an die E-Mail: [DSB@landestkrankenhaus.de](mailto:DSB@landestkrankenhaus.de) richten.

**Ihr Weg zu uns:** Scannen Sie diesen QR-Code mit der Kamera Ihres Mobiltelefons. Beim „Anklicken“ öffnet sich der Standort der RFK Mainz in Google-Maps (<https://goo.gl/maps/UGoiEV3witwmPCMY6>).



*Von den Sorgeberechtigten auszufüllen*

**Angaben zum Patienten:** -----

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Geschlecht: M  W  D

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ: Ort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Muttersprache / Deutschkenntnisse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Kindes: \_\_\_\_\_ Name des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis / Grad der Behinderung (GdB):  Nein  Ja \_\_\_\_\_ – Merkmale: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  Nein  Ja \_\_\_\_\_ Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Allergien:  Nein  Ja \_\_\_\_\_ Ansteckende Erkrankung/Erreger (z.B. MRSA/MRGN):  Nein  Ja \_\_\_\_\_

**Angaben der Eltern:** -----

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Name des Vaters: \_\_\_\_\_

leben gemeinsam /  leben getrennt / Kind lebt bei:  Mutter  Vater  Andere: \_\_\_\_\_

Sorgerecht:  Gemeinsam /  Mutter /  Vater / Andere: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Deutschkenntnisse der Eltern: \_\_\_\_\_ Wird ein Dolmetscher benötigt?  Nein  Ja

Kontaktdaten des Dolmetschers (Name, Tel.-Nummer): \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind bereits in einem anderen SPZ / Klinik angemeldet worden?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Bitte **unbedingt** Kopien von Vorbefunden oder Arztberichten mit diesem Bogen einreichen!

Welche Einrichtung (Kindergarten, Schule) besucht Ihr Kind (Regel-/Sondereinrichtung)? \_\_\_\_\_

Sind bereits weitere Einrichtungen (z.B. Ämter etc.) eingebunden?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Warum soll Ihr Kind bei uns vorgestellt werden? Welche Hilfe für Ihr Kind erwarten Sie von uns?

---



---



---

**Angaben zur Familie:**

Geschwister: Geschlecht	Alter	Vorerkrankungen	(Tabelle bitte ggf. unten ergänzen)
Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/>			
Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/>			

Bemerkungen / Ergänzungen: \_\_\_\_\_

---



---

Vom / Von Kinderarzt:ärztin auszufüllen

Überweisende(r) Kinderarzt\*ärztin:

Telefonnummer für Rückfragen:

\_\_\_\_\_

Stempel der Praxis

Bitte geben Sie hier Ihre **Fragestellung** bzw. die Verdachtsdiagnose an:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liegen bei dem Patienten bereits bekannte **Diagnosen** vor?    Nein     Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist im Vorfeld dieser Anmeldung bereits eine **Diagnostik** erfolgt und/oder eine **Therapie** eingeleitet worden? Gibt es Vorbefunde oder Berichte (ärztliche, therapeutische / Kopien bitte einreichen)?

Nein     Ja     Wenn ja, welche?  Physiotherapie  Ergotherapie  Logopädie  Andere:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nimmt der Patient regelmäßig **Medikamente**: Nein     Ja     Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Kommt aus Ihrer Sicht auch ein **stationärer Aufenthalt** (Kinder-/Jugendstation G6, RFK Alzey) in Betracht?

Nein     Ja     - Bitte besprechen Sie dies kurz mit den Eltern / Sorgeberechtigten!

Bemerkungen / Ergänzungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift Kinderarzt:ärztin