|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben über das Kind/den Patienten** Familienname/Vorname Geburtsdatum Staatsangeh. PLZ Wohnort Straße Landkreis Reg.Bezirk Krankenkasse GeschäftsstelleVersicherter: **Name/Anschrift des beh. KINDERARZTES:**   | **Angaben über den Vater** sorgeberechtigt: [ ]  ja [ ]  nein Familienname / Vorname Geburtsdatum Staatsangeh. Familienstand PLZ Wohnort Straße Landkreis Reg.Bezirk Krankenkasse Geschäftsstelle Beruf Arbeitgeber Telefon (privat / dienstl. / **Handy**)……………………………………………………..………………………………………………**E-Mail** |
| **Angaben über die Mutter**sorgeberechtigt: [ ]  ja [ ]  nein Familienname / Vorname Geburtsdatum Staatsangeh. Familienstand PLZ Wohnort Straße |  Landkreis Regierungsbezirk Krankenkasse Geschäftsstelle Beruf Arbeitgeber **Telefon** (privat / dienstl. / Handy)………………………………………………………………………………………………………**E-Mail**  |
| Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,im Rahmen der Behandlung bzw. Versorgung Ihres Kindes ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten des Kindes und der Sorgeberechtigten zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb des Hessing Förderzentrums (HFZ) als auch im Zusammenspiel mit weiteren an der Behandlung beteiligten Personen / Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie ausführliche Informationen zusammengestellt. Diese hängen im HFZ in allen Wartebereichen aus und sind auf unserer Homepage als PDF-Download verfügbar. **Ich/Wir wünschen die Vorstellung unseres Kindes am HFZ und haben obige Information zur Kenntnis genommen.** **Mit der Terminbestätigung bzw. –erinnerung per SMS bin ich einverstanden:****Mutter: Ja** [ ]  **Nein** [ ] **Vater: Ja** [ ]  **Nein** [ ] **Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrrufen werden.** *Bei zwei sorgeberechtigten Elternteilen ist die* ***Unterschrift beider Elternteile*** *erforderlich, ansonsten können wir keine Termine vergeben.* Datum Unterschrift der Mutter Unterschrift des Vaters |

***Für die Kinderarztpraxis***

**Anmerkungen/Wünsche der Kinderarztpraxis an unser Förderzentrum:**

|  |
| --- |
|     *............................................................. Praxis-STEMPEL* |

Bitte beachten Sie beim Ausstellen der Überweisung den **Überweisungstext**

Überweisung an: **Kinder- u. Jugendmedizin Hessing Förderzentrum**

und denken Sie an die Angabe der (Verdachts-)Diagnose.

**Name/Vorname Kind**: **Geb.datum**:

 **Tel.:**

**Von wem wurde die Vorstellung zur weiteren Betreuung empfohlen?**

**Aus welchem Grund möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?
Schildern Sie bitte kurz die Probleme!**

**Mein Kind geht:**

O noch nicht in den Kindergarten

O in die Kinderkrippe Name der Kinderkrippe:

O in den Kindergarten: ab/seit……….. Name des Kindergartens:

O in die Schule: ab/seit........... Klasse und Name der Schule:

O in den Hort / Tagesstätte Name:

O spezielle Fördereinrichtung (z.B. integrativer Kindergarten, SVE, Förderschule)

**Wo treten die Probleme auf?**

|  |  |
| --- | --- |
| O nur zu Hause | O nur im Kindergarten/in der Schule  |
| O nur in fremder Umgebung (z.B bei Besuchen) | O überall |

**Haben Sie Ihr Kind wegen dieser Probleme schon an anderer Stelle**

**(z. B. Hausarzt, Kinderarzt, anderer Arzt, sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik, Psychologe,...) vorgestellt?**

O nein O ja, bei:

**Welche Fördermaßnahmen hat Ihr Kind bisher erhalten?**

**(Bitte geben Sie die jeweilige Praxis oder Förderstelle mit Adresse an)**

O keine

O Physiotherapie:

O Ergotherapie:

O Logopädie:

O Heilpädagogik:

O Psycholog. Therapie:

O Frühförderung:

**Welche Hilfen erwarten Sie von uns?**

**Wünschen Sie ein offenes Beratungsangebot (OBA) in unserer Einrichtung?**

O ja O nein

**Gab es Besonderheiten**

in der Schwangerschaft?:…...……………………………………………………………………………………………………………………….

bei der Geburt?: …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Frühgeburt, Schwangerschaftswoche: ………………………………………………………………….…….

Geburtsgewicht:

nach der Geburt?:……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Verlegung in eine Kinderklinik: (welche?) .…………………………………………………….. …………………………………………..

Beatmung:……………………………………………………………………………………………….…………………………………………..

Trink-/Ernährungsprobleme: ……………………………………………………………………………………………………………….

sonstiges: ..………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Besteht oder bestehen bei Ihrem Kind:**

O Blindheit / Sehbehinderung, behandelnder Augenarzt:…………………………………………………………………………….

O Taubheit / Schwerhörigkeit, behandelnder HNO-Arzt:……………………………………………………………………………..

O Krampfanfälle, behandelnder Arzt:

O akute oder chronische Erkrankung/Behinderung/Unfall, behandelnder Arzt:

**Wurden bereits spezielle Untersuchungen bei Ihrem Kind durchgeführt?**

O Röntgen, MRT, Ultraschall O EEG

O genetische Untersuchungen O Herz- oder Lungenuntersuchung

O Stoffwechseluntersuchungen O orthopädische Untersuchung

O Sonstiges:

Wo wurden sie durchgeführt?

**Bekommt Ihr Kind:**

Medikamente?:

spezielle Diäten?:

**Hat Ihr Kind Hilfsmittel (z.B. Sitzschale, orthopädische Schuhe, o.ä.)?: Wenn ja, welche**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Beziehen Sie Pflegegeld für Ihr Kind?** Pflegegrad ……………….….

**Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?**

Grad der Behinderung: ....................... Merkzeichen: …………………

**Bekommt Ihre Familie sonstige Hilfen (Familienentlastender Dienst, Familienhilfe, Krankenpflegedienst)?**

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…