



Online-Fragebogen für Säuglinge (bis 1 Jahr)

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind zur Untersuchung in unserem SPZ anmelden. Hierfür bitten wir Sie, uns diesen Fragebogen und die Sorgeberechtigung **vollständig ausgefüllt** zuzusenden. Nach Eingang der Unterlagen werden wir uns telefonisch oder schriftlich mit Ihnen in Verbindung setzen.

Bitte legen Sie, falls vorhanden, Therapieberichte und Vorbefunde bei.

Vielen Dank!

Ihr SPZ-Team Frankfurt Höchst

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zur Erstvorstellung mit:

Mutterpass, gelbes Vorsorgeheft, Impfpass

Vom behandelnden Kinderarzt auszufüllen, wenn gesetzlich versichert

Praxisstempel	Diagnose / Überweisungsgrund	HZ SPZ
---------------	------------------------------	--------

Von der Familie auszufüllen:

Angaben zu Ihrem Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich divers

Straße: _____ Wohnort: _____

Geburtsland: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Muttersprache(n): _____

Inklusives Zentrum | Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Dr. med. Mechthild Pies

Klinikum Frankfurt Höchst GmbH Gotenstraße 6-8 65929 Frankfurt am Main T 069 3106-0 F 069 3106-3030

info-frankfurt@varisano.de www.varisano.de/klinikum-frankfurt-hoechst

Geschäftsführung: Dr. med. Patrick Frey, Michael Osypka USt-IdNr.: DE 815124730 Amtsgericht: Frankfurt am Main HRB 77741

Sitz: Frankfurt am Main Frankfurter Sparkasse IBAN: DE19 5005 0201 0000 6010 05 BIC: HELADEF1822

Ein Unternehmen des Klinikverbundes Frankfurt-Main-Taunus

Fragen zur Ernährung:

Wird / wurde Ihr Kind gestillt? ja nein Wie lange? _____

Erhält es Flaschennahrung? Wenn ja, welche _____

Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Trinken? ja nein

Anhaltendes Schreien / „Schreikind“? ja nein Wie viele Std. am Tag? ____

Fragen zu Vorerkrankungen:

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

War Ihr Kind schon über Nacht im Krankenhaus? ja nein

Wann? _____

Weshalb? _____

Wo? _____

Wurde Ihr Kind schon operiert? ja nein

Weshalb? _____

Gab es Auffälligkeiten in Voruntersuchungen (Sehtest, Hörtest, Sonographie, cMRT, EEG, ...)?

ja nein

Welche? _____

Hat Ihr Kind alle empfohlenen Impfungen? ja nein

Bisherige Therapie

Befindet / befand sich Ihr Kind in Therapie?

Art	Name des Therapeuten	Zeitraum
Physiotherapie		
Sonstige		

Bitte füllen Sie den Fragebogen soweit möglich vor der Untersuchung aus, offengebliebene Fragen ergänzen wir gerne bei der Erstvorstellung!

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von _____

Ort, Datum: _____

HZ Arzt



Sorgeberechtigung

Liebe Eltern,

aus juristischen Gründen sind wir gehalten, die Sorgeberechtigung für Ihr Kind festzuhalten und Ihr schriftliches Einverständnis zur Vorstellung im SPZ einzuholen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich divers

Straße:

Wohnort:

Sorgerecht:

Eltern

Mutter

Vater

Sonstige / Vormund

Sorgeberechtigter	Mutter	Vater	Sonstige
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefonnummer			
E-Mail			
Arztbrief an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige/wir bestätigen hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass mein/unser Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) des varisano Klinikums Frankfurt Höchst zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.

Mit meiner Unterschrift/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für oben genanntes Kind personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

Im Übrigen, insbesondere hinsichtlich Ihrer Rechte, beachten Sie bitte unsere allgemeinen Informationen für Patienten zum Datenschutz. Diese liegen in den Aufnahmebereichen für Sie aus und sind auf unserer Webseite (<https://www.varisano.de/datenschutz>) einsehbar.

Name des/der Personensorgeberechtigten in Blockbuchstaben

Datum und Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

Hinweis: Ohne das unterschriebene Formular ist eine Untersuchung Ihres Kindes aus rechtlichen Gründen im SPZ nicht möglich.