

Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung Trier und Zentrum für Erwachsene mit Behinderung Trier gGmbH
Luxemburger Straße 144
54294 Trier

Tel.: 0651 / 82861 0

Fax.: 0651 / 82861 50

Liebe Eltern, Pflegeeltern und Betreuer,

wir bedanken uns für Ihre Anfrage nach einer Untersuchung Ihres Kindes im Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung Trier (SPZ).

Das SPZ Trier ist eine spezialisierte ambulant und mobil tätige medizinische Einrichtung, in der Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen sowie drohender und manifester Behinderung aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung von einem interdisziplinären Team aus Ärzten, Psychologen, medizinischen Therapeuten und Pädagogen ganzheitlich und unter Einbeziehung der Bezugspersonen betreut werden.

Die Priorität der wohnortnahen Diagnostik und Therapie spiegelt sich in der seit mehr als 35 Jahren gewachsenen dezentralen Organisationsstruktur des SPZ mit einem Zentrum in Trier, sowie fünf Außenstellen in Bitburg, Daun, Hermeskeil, Prüm und Wittlich wider.

Neben der medizinischen Diagnostik, Therapie, Beratung und Förderung nimmt das SPZ auch die Aufgabe der Komplexleistung Frühförderung von diesen Kindern vor dem individuellen Schuleintritt wahr.

Die Vorstellung im SPZ erfolgt durch einen Kinder- und Jugendarzt oder einen anderen Vertragsarzt auf Überweisung. Bitte besprechen Sie die Anmeldung bei uns mit Ihrem zuweisenden Arzt (Kinderarzt, Neurologen, Allgemeinmediziner oder Orthopäden), insbesondere wenn Sie durch andere Bezugspersonen Ihres Kindes wie Erzieher*innen oder Lehrer*innen auf unsere Institution hingewiesen wurden.

Bitte drucken Sie sich den Fragebogen aus und senden ihn möglichst vollständig und leserlich ausgefüllt zurück.

Bitte lassen Sie sich unseren Fragebogen von Ihrem Arzt oben rechts unterschreiben.

Terminvergabe:

- ◆ Die Termine werden nach Dringlichkeit vergeben, somit können Wartezeiten entstehen.
- ◆ Termine werden Ihnen schriftlich zugesandt.
- ◆ Damit eine Bearbeitung überhaupt erfolgt, **müssen** folgende Unterlagen zwingend vorliegen:
 - korrekt und vollständig ausgefüllter Fragebogen und
 - Nachweise zum Sorgerecht bzw. Gesundheitsfürsorge (in Kopie) und
 - unterschriebene Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung
- ◆ Der Fragebogen **muss** vom überweisenden Arzt abgestempelt und unterschrieben werden.
- ◆ Informieren Sie uns bitte über Zeiten, in denen Sie verhindert sind (Urlaubszeiten u. ä.) und keine Termine bei uns wahrnehmen können.

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen (als Kopien) vorab zu:

- ◆ das letzte Zeugnis, Arzt- und Therapeutenberichte oder Einschätzungen der Erzieher Ihres Kindes
- ◆ medizinische Vorbefunde, falls vorliegend: MRT-Bilder auf CD

Zur ersten Vorstellung im SPZ (in der Regel bei einem Arzt) bringen Sie bitte mit:

- ◆ **Überweisungsschein des überweisenden Arztes**
- ◆ **gelbes Untersuchungsheft (in Kopie)**
- ◆ bei geplanten Testungen etwas zu trinken und zu essen

Für eventuelle Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Susanne Heicappell
Ärztliche Leiterin

Zur Kenntnisnahme

Liebe Eltern, Pflegeeltern und Betreuer,

nachfolgend **wichtige** Informationen zum Sorgerecht und der Gesundheitsfürsorge.

Sorgerecht

Bei einem gemeinsamen Sorgerecht ist zu beachten, dass bei getrennt lebenden und geschiedenen Eltern von dem Elternteil, bei dem das Kind nicht lebt, eine Vollmacht vorzulegen ist. Dieser Nachweis muss **vor Terminvergabe** vorliegen.

Ein Elternteil, welches das alleinige Sorgerecht hat, hat dies auch **vor Terminvergabe** durch eine sogenannte Negativbescheinigung aus dem Sorgeregister nachzuweisen, welche durch das Jugendamt ausgestellt wird. Bei geschiedenen Eltern wird das Sorgerecht durch ein Gerichtsurteil nachgewiesen. Gibt es kein Gerichtsurteil, sind automatisch beide Elternteile sorgeberechtigt.

Bei Pflege- oder Heimkindern ist ein entsprechender Nachweis des Gerichtes oder des Jugendamtes vorzulegen, **vor Terminvergabe**.

Gesundheitsfürsorge

Die Gesundheitsfürsorge ist ein Teil des Sorgerechts und dieses Recht liegt normalerweise bei den leiblichen Eltern des Kindes. Die Gesundheitsfürsorge kann den leiblichen Eltern entzogen werden und auf andere Personen übertragen werden.

Dieser Entzug des Elternrechts erfolgt in Deutschland immer durch ein Familiengericht. Das Gerichtsurteil wird immer schriftlich niedergelegt. Wenn es kein solches Urteil gibt, sind die leiblichen Eltern weiterhin gesundheits-sorgeberechtigt.

Die Eltern, die die Gesundheitsfürsorge inne haben, können auf freiwilliger Basis eine andere Person per Vollmacht beauftragen, gewisse Entscheidungen über die Gesundheit ihres Kindes zu treffen.

Das ist sehr häufig bei Pflege- oder Heimkindern der Fall. In diesem Fall bleiben die leiblichen Eltern Inhaber der Gesundheitsfürsorge und erteilen eine Vollmacht. Meistens wird eine solche Bevollmächtigung auf folgende Bereiche beschränkt:

- regelmäßige Untersuchungen und Vorsorge
- Behandlung bei akuten Erkrankungen
- Routinebehandlungen wie z.B. Zahnarztbesuche und Impfungen

Diese Vollmacht deckt in der Regel eine Vorstellung im SPZ nicht ab, daher muss der Inhaber der Gesundheitsfürsorge jemanden schriftlich bevollmächtigen, das Kind im SPZ vorzustellen, damit die Diagnostik / Behandlung im SPZ erfolgen kann. Der Nachweis **muss vor** Terminvergabe vorliegen.

Recht auf Antragstellung bei Jugend- und Sozialamt

Bei leiblichen Eltern obliegt das Recht der Antragsstellung dem Elternteil, der sorgeberechtigt ist.

Bei Pflegekindern ist ein entsprechendes Gerichtsurteil bzw. Schreiben des Jugendamtes vorzulegen.

Mit dem Recht der Antragsstellung wird der Antrag der Gewährung von Eingliederungshilfe nach SGB VIII/XII unterschrieben. Dieser wird für die Zusammenarbeit mit den Kommunen benötigt. Die Gesundheitsfürsorge **reicht hier nicht aus**.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Susanne Heicappell
Ärztliche Leiterin

Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung Trier und
Zentrum für Erwachsene mit Behinderung Trier gGmbH
Luxemburger Straße 144
54294 Trier
Tel.: 0651 / 82861 0
Fax.: 0651 / 82861 50

Bitte Stempel und Unterschrift des überweisenden Arztes

Fragebogen

A. Angaben zu Personen

	Kind	Mutter/Pflegemutter	Vater/Pflegevater
Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße			
PLZ und Wohnort			
Telefonnummer Festnetz			
Telefonnummer Mobil			
E-Mail			
Krankenkasse			
versichert über			
Familienstand			
Nationalität			
Religion			
Beruf			
Arbeitgeber			

überweisender Arzt _____
 zuständige Kreis-/Stadtverwaltung _____
 Kindergarten oder Schule _____

Die ärztlichen Untersuchungen erfolgen überwiegend in unserem Zentrum in Trier. Weitere Maßnahmen je nach Wohnort und Einzugsgebiet im Zentrum oder in der zuständigen Außenstelle.

Bitte kreuzen Sie die Stelle an, in der Sie ihr Kind betreut haben möchten:

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trier | <input type="checkbox"/> Bitburg | <input type="checkbox"/> Wittlich |
| <input type="checkbox"/> Prüm | <input type="checkbox"/> Daun | <input type="checkbox"/> Hermeskeil |

Sind Sie bereits mit einem anderen Kind oder einem Geschwisterkind bei uns in Behandlung?

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

3. Wann beobachteten Sie die genannten Schwierigkeiten/Auffälligkeiten zum ersten Mal?

D. Bisher aufgesuchte Ärzte und Fachdienste

Wo haben Sie Ihr Kind bereits wegen der genannten Schwierigkeiten / Auffälligkeiten vorgestellt oder behandeln lassen?

Kinderärzte:

Name Jahr

andere Fachärzte:

Name Jahr

Klinik/Kurklinik:

Name Jahr

med. Therapeuten:

Name Jahr

Psychologische Beratungsdienste:

Name Jahr

andere Stellen:

Name Jahr

E. Familienvorgeschichte

1. Sind gleiche oder ähnliche Schwierigkeiten oder Auffälligkeiten, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der näheren oder weiteren Familie vorgekommen?

- Ja Nein

2. Welche der folgenden Krankheiten / Auffälligkeiten sind in der näheren oder weiteren Familie aufgetreten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerungen |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> auffällige Sprachentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Missbildungen | <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> Schulprobleme |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> Asthma/Allergien |
| <input type="checkbox"/> psychiatrische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |

F. Bezugspersonen des Kindes

1. Von wem wurde das Kind bisher betreut?

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> beiden Eltern |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> Pflegeeltern | <input type="checkbox"/> Adoptiveltern |

2. Ist Ihr Kind außerhalb der Familie betreut worden?

Nein

Ja, in welcher Form (Heim, Pflegestelle o.ä.): _____

3. Wie viele Personen leben in der Familie? _____ Personen

4. Gab es besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

häufiger Wohnungswechsel

Tod von nahestehenden Personen

Trennung/Scheidung der Eltern

Sonstiges: _____

5. Geschwister

Name	Vorname	Geburtsdatum	Kindergarten, Schule / Klasse, Berufsausbildung	Besondere Probleme, Krankheiten

G. Schwangerschaft

1. Bestanden während der Schwangerschaft eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Störungen?

schweres Erbrechen (über Monate)

seelische Belastung

Infektionskrankheiten

Alkoholkonsum

erhöhter Blutdruck

Zigarettenkonsum

Ödeme (Wassereinlagerungen)

Bestrahlung/Röntgenuntersuchung

Harnwegsinfekt

Operationen

Eiweiß im Urin

Medikamenteneinnahme

Diabetes/Zuckererkrankung

Blutungen/drohende Fehlgeburt

2. Alter der Eltern bei Geburt des Kindes?

Mutter _____

Vater _____

3. Hatten Sie Fehlgeburten / Totgeburten?

Nein

Ja – In welchem Jahr? _____

H. Geburt

1. In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Entbindung? _____

Entbindung erfolgte:

Zuhause

in der Klinik: _____

Name und Anschrift der Klinik

2. Bestanden Komplikationen während der Geburt?

- Nein
 Ja, welche?

3. Wurde Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt?

- Nein
 Ja, welche?

Name und Anschrift der Klinik

4. Geben Sie bitten an:

Gewicht _____ g Länge _____ cm pH-Wert _____
 Apgarwerte _____ Kopfumfang _____ cm

I. Entwicklung im Säuglings- und Kindesalter

Zu welchem Zeitpunkt konnten Sie erstmals beobachten?

freies Laufen mit _____ Monaten
 erste sinnvolle Worte mit _____ Monaten
 sauber mit _____ Jahren
 tagsüber in der Nacht

J. Frühere Erkrankungen und Behandlungen

1. Hatte Ihr Kind bereits folgende Erkrankungen?

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> Mandelentzündung |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle |
| <input type="checkbox"/> Polypen | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Unfall mit Schädelverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Allergien | |

2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- Nein Ja, welche?

3. Welche Hilfsmittel benötigt Ihr Kind?

- Brille Hörgeräte Schienen Einlagen
 Rollstuhl Sonstiges

4. Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

Untersuchungen	Wann	Wo	Befund
Hörprüfung			
Sehtest			
Röntgenaufnahmen			
EEG			
Kernspintomografie			
Computertomografie			
Operationen			
Stationäre Aufenthalte			

5. Welche Art spezieller Förderung bekommt/bekam Ihr Kind?

Physiotherapie	_____	von _____	bis _____
Logopädie	_____	von _____	bis _____
Ergotherapie	_____	von _____	bis _____
Psychotherapie	_____	von _____	bis _____
Heilpädagogische Frühförderung	_____	von _____	bis _____
Erziehungsberatung	_____	von _____	bis _____
Sonstiges	_____	von _____	bis _____

K. Soziale Situation des Kindes

1. Besucht bzw. besuchte Ihr Kind:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krabbelgruppe | <input type="checkbox"/> Kinderkrippe/Hort |
| <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle | <input type="checkbox"/> Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> Förderkindergarten | <input type="checkbox"/> integrative Tagesstätte |
| Ab welchem Alter: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schule | <input type="checkbox"/> Förderschule |

2. Gab es besondere Probleme in der Eingewöhnungszeit des Kindergartens oder der Schule?

- Nein Ja, welche? _____
- _____

3. Wie ist / war das Verhalten im Kindergarten?

- ohne Probleme
- ◆ es gibt / gab Probleme
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprache | <input type="checkbox"/> Malen | <input type="checkbox"/> Turnen |
| <input type="checkbox"/> Sozialverhalten | <input type="checkbox"/> Konzentration | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

4. Wie ist / war das Verhalten in der Schule?

- ohne Probleme
- ◆ es gibt / gab Probleme
- Lesen Schreiben Rechnen
- Konzentration Sozialverhalten Turnen / Sport
- Sonstiges _____

5. Wie verträgt sich Ihr Kind in der Gruppe / Klasse?

- kommt gut mit den anderen aus, hat Freunde / Spielkameraden
- versucht andere zu beherrschen und möchte bestimmen
- ist leicht durch andere zu beeinflussen
- nimmt anderen etwas weg
- schlägt, stößt, kratzt, beißt oder zwickt andere häufig
- wird von anderen häufig gezwickt, gestoßen, geschlagen
- beschimpft andere oft
- wird oft von anderen beschimpft
- prahlt gerne vor anderen, gibt an
- zieht sich von den anderen zurück
- wird von den anderen wenig beachtet, bzw. gemieden
- unterbricht oder stört andere Kinder häufig

6. Mit Kindern welchen Alters spielt ihr Kind bevorzugt?

- mit Gleichaltrigen mit Älteren mit Jüngeren

7. Ist ihr Kind in einem Verein?

- Nein Ja, welche? _____

8. Hat Ihr Kind Kontakte zu anderen Kindern außerhalb des Kindergartens, Schule oder des Vereins?

- Nein Ja

L. Interessen / Fähigkeiten / Spielverhalten

1. Welche besonderen Neigungen, Hobbies und Fähigkeiten hat Ihr Kind und welche Spiele bevorzugt es?

2. Welche Beschäftigungen mag Ihr Kind nicht gerne (Spiele, Tätigkeiten)?

3. Spielverhalten Ihres Kindes:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| es kann sich selbst beschäftigen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| es bleibt ausdauernd bei der Sache | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| es zeigt altersgemäßes Spielverhalten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|
 | | |
| es beschäftigt sich gerne mit TV, Computer, Nintendo | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| es ist geschickt im Spiel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| es entwickelt Fantasie beim Spiel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|
 | | |
| es räumt seine Spielsachen auf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| es kann mit Niederlagen umgehen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| es hält sich an Regeln | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

M. Auffälligkeiten/Störungen

Liegen bei Ihrem Kind folgende Auffälligkeiten/Störungen vor?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Einnässen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Einkoten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Störungen der Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schaukeln im Schlaf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Angsträume | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haare ausreißen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Selbstverletzung (z.B. Kopfschlagen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Daumenlutschen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sexuelle Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Andere Schmerzen (z.B. Bauchschmerzen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Häufige Übelkeit und Erbrechen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stottern | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tics (z.B. häufiges Zwinkern mit den Augen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Unkonzentriertheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Überaktivität (das Kind ist ständig in Bewegung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hohe Risikobereitschaft | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Aggressives Verhalten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Häufige Wutausbrüche | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Destruktives Verhalten (z.B. mutwilliges Zerstören von Spielzeug) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Geringes Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kontaktstörungen (z.B. sozialer Rückzug, Isolation) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Distanzlosigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Starke Stimmungsschwankungen
 Extreme Eifersucht
 Extreme Geschwisterrivalität
 Sonstige Auffälligkeiten/Störungen

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja, welche :

N. Abschließende Einschätzung:

1. Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind:

2. Was stört Sie an Ihrem Kind?

3. Halten Sie Ihr Kind für altersgemäß entwickelt?

Ja Nein

O. Fragen zur Beantwortung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde ausgefüllt am _____ von

Mutter Vater mit Hilfe von _____

Bitte überprüfen Sie ihre Angaben auf Seite 4 des Fragebogens unter Punkt C (Schwierigkeiten Ihres Kindes).

Eine umfassende Beschreibung **aller** Schwierigkeiten und Auffälligkeiten ist für die Diagnosestellung die Einleitung notwendiger Behandlungen Ihres Kindes sehr wichtig.

Gerne können Sie auch weitere Ausführungen diesem Fragebogen formlos beilegen.

Danke für Ihre Mühe.

Mit unseren Unterschriften versichern wir, mit der Untersuchung des Kindes im SPZ einverstanden zu sein.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der angegebenen Daten.

Ort und Datum

Unterschrift 1. Sorgeberechtigter

Unterschrift 2. Sorgeberechtigter

Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung

Als Sorge-/Erziehungsberechtigte(r) oder gesetzlicher Vormund von

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

erkläre ich

1. _____ geb. am _____
Name, Vorname Geburtsdatum

2. _____ geb. am _____
Name, Vorname Geburtsdatum

mich / uns damit einverstanden, dass die Daten des oben genannten Kindes aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Vertrag mit dem Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförderung in Trier, Luxemburger Str. 144 und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen, gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Durch die speichernde Stelle wurde ich / wurden wir zuvor auch darauf hingewiesen, dass im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen eine Übermittlung der personenbezogenen Daten an andere Stellen, z. B. im Rahmen der Behandlungsgemeinschaft erfolgen kann, soweit dies zur Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Widerrufsmöglichkeit:

Die Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung kann jederzeit, ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Mir / uns ist bekannt, dass eine Behandlung ab dem Zeitpunkt des Widerrufs nicht mehr möglich ist.

Ich versichere, dass die/der andere heute nicht anwesende Sorgeberechtigte mit diesen Vertragsbedingungen einverstanden ist. (bei fehlender 2. Unterschrift)

Ort, Datum

Unterschrift Person 1

Unterschrift Person 2