

ANMELDUNG IM SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTRUM

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. Anschließend bitte **ausdrucken** und an den **gekennzeichneten Stellen unterschreiben**.
- Schritt 2:** Bitte legen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen Ihrer **Kinderarztpraxis** vor, damit diese ihre Zustimmung zur Behandlung im kbo-Kinderzentrum gibt.
- Schritt 3:** Bitte schicken Sie den **von der Kinderarztpraxis abgestempelten** und ggf. ergänzten Anmeldebogen an das:

kbo-Kinderzentrum München
Patientenverwaltung
Heiglhofstr. 65
81377 München

Schritt 4: *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

Bitte bringen Sie **zum Termin im kbo-Kinderzentrum** einen **Überweisungsschein** Ihres Kinderarztes und die **elektronische Gesundheitskarte** Ihres Kindes mit.
Nur wenn Sie uns **beides** vorlegen ist eine Behandlung möglich.

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
komm. Univ.-Prof. Dr. med. Volker Mall
Dr. med. Angela Bauer
- Epileptologie · EEG
Dr. med. Daniela von Pfeil
- Medizinische Genetik
Dr. (Univ. Verona) Monika Cohen

Fachklinik für Sozialpädiatrie und
Entwicklungsrehabilitation

Psychologie
Dipl.-Psych. Sabine Herold
Dr. phil. Maria Licata-Dandel

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

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					

Überweisender Kinderarzt

Hier Stempel der Kinderarztpraxis

Ergänzende Angaben des Kinderarztes: _____

Warum möchten Sie Ihr Kind im kbo-Kinderzentrum München zur Untersuchung anmelden?

Welche Hilfe für Ihr Kind erwarten Sie von uns?

Wünschen Sie ein Erstgespräch bei uns ohne Kind?

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

Falls ja, Name und Geburtsdatum des Geschwisterkindes:

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind in Betreuung anderer SPZ/ Einrichtungen/Ärzte?

Wenn ja – welche Einrichtungen und wie lauten die Diagnosen? (Vorbefunde bitte in Kopie beilegen)

War Ihr Kind in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung?

nein wenn ja, wo? Kinderklinik Schwabing
 Sonstige: _____

Fragen zum kulturellen Hintergrund

Geburtsland der Mutter (falls nicht Deutschland): _____ Staatsangehörigkeit Mutter: _____

Geburtsland des Vaters (falls nicht Deutschland): _____ Staatsangehörigkeit Vater: _____

Kind in Deutschland geboren: ja nein Einreisejahr: _____

Muttersprache des Kindes deutsch: ja nein

Deutschkenntnisse des Kindes _____ Deutschkenntnisse der Eltern _____

Benötigen Sie bei der Dolmetscherorganisation Hilfe? Wenn ja, in welcher Sprache? _____

(Kosten für Dolmetscher können wir leider nicht übernehmen; für Rückfragen steht Ihnen unser Terminsekretariat unter der Telefonnummer 089-71009-182 gerne zur Verfügung).

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 zur Diagnostik und Therapie 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: _____

BITTE BEACHTEN SIE AUCH DIE NACHFOLGENDE SEITE



Einwilligungserklärung gem. Datenschutzgrundverordnung (EU-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 30 Jahre nach Abschluss der Vertragserfüllung/Betreuung gespeichert.

Gemäß Art.15 EU-DSGVO bin ich/sind wir jederzeit berechtigt, gegenüber kbo um umfangreiche Auskunftserteilung zu den gespeicherten Daten zu ersuchen. Ich kann/wir können gemäß Art.17 EU-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 089-71009-0 oder per e-mail unter patientenverwaltung@kbo.de

