

## Anmeldebogen

Bitte wählen Sie eine der Möglichkeiten aus:

Ambulanz - Sprechstunde

tagesklinische Aufnahme

stationäre Aufnahme

Das von Ihnen gewählte Angebot steht an den folgenden Standorten zur Verfügung.  
Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an den nächstgelegenen Standort:

Sie erleichtern uns und sich selbst die vorgesehene Untersuchung Ihres Kindes, wenn Sie nachstehende Felder **vollständig beantworten** und den Bogen umgehend an uns zurücksenden. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Bitte am PC oder leserlich ausfüllen!**

Name und Vorname des Kindes/Jugendlichen		Geburtsdatum	
Anschrift			
Telefonnummer privat <small>(Mit der Bitte um Zeitangabe, wann erreichbar)</small>	Telefonnummer dienstlich	Mobiltelefon	E-Mail Adresse
Krankenkasse (gesetzlich oder privat)	Hauptversicherter		Geb. Datum
Versicherten-Nr.: des Kindes/Jugendlichen <small>(Angaben von der Versichertenkarte)</small>	Status	KV-Gültigkeit	
Name und Vorname Mutter	Geb.-Datum Mutter	Fam. Stand	Beruf
Anschrift der Mutter			
Name und Vorname Vater	Geb.-Datum Vater	Fam. Stand	Beruf
Anschrift des Vaters			
Geburtsort des Patienten/ der Patientin	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	
Sorgerecht: Eltern Vater Mutter Vormund (ggf. Name)			

Was sind Ihre **Sorgen** bzw. welche **Probleme** hat das Kind?

**Seit wann** bestehen sie?

Was ist Ihr **Anliegen** an uns?

**Entwicklungsgeschichte: Welche Besonderheiten gab es während:**

- Schwangerschaft / Geburt:

- Kleinkindzeit:

Besonderheiten in der Entwicklung (z.B. Motorik, Sprache):

Welche **Schule** und **Klasse** besucht das Kind? Bestehen Lern- oder Verhaltensprobleme?

Besucht das Kind eine **Tagesstätte**? Wenn ja, welche?

Ist das Kind fremduntergebracht gewesen? Wenn ja, wo und wann?

**Frühere Krankheiten** (auch Kinderkrankheiten, Unfälle usw.)

**Frühere oder laufende ärztliche, psychologische, sozialpädagogische Untersuchungen, Beratungen** (Erziehungsberatung, Jugendamt, Gesundheitsamt, Schulpsychologischer Dienst usw.)

Wurde das Kind bereits **ambulant oder stationär** vorgestellt oder behandelt?

Im Jahr \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_

Im Jahr \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_

Im Jahr \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_

Erhält das Kind **Medikamente**? Wenn ja, welche und seit wann?

Behandelnde/r **Kinderarzt/-ärztin, Hausarzt/-ärztin** oder **Kinder- und Jugendpsychiater/in**:

Das Kind wurde angemeldet von: \_\_\_\_\_

Als Sorgeberichtigte/r bin ich mit der Anmeldung und Untersuchung in der kbo Heckscher-Klinikum gGmbH einverstanden.

**Einwilligungserklärung gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**

Hiermit willige ich/willigen wir ein, dass personenbezogene Daten, insbesondere Name, Kontaktdaten, Gesundheits- und Sozialdaten zum Zweck der Terminplanung und Vertragserfüllung 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 §15 DSGVO bin ich/sind wir jederzeit berechtigt, gegenüber kbo um umfangreiche Auskunftserteilung zu den gespeicherten Daten zu ersuchen. Ich kann/wir können gemäß §17 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  
Postfach 22 12 61  
80502 München

*Wir benötigen die Unterschrift sämtlicher Sorgeberechtigter.*

_____	<b>X</b>
Ort, Datum	Unterschrift der gesetzlichen Vertretung -1- (m/w/d), ggf. Vormund
_____	<b>X</b>
Ort, Datum	Unterschrift der gesetzlichen Vertretung -2- (m/w/d), ggf. Vormund

Als Sorgeberechtigte/r bin ich/sind wir damit einverstanden, dass ggf. Unterlagen (Akten, Berichte, Untersuchungsergebnisse) der in diesem Bogen angegebenen Stellen von Ärzten und Psychologen der kbo Heckscher-Klinikum gGmbH angefordert werden können. Mir/Uns ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden.

**Sofern Sie wünschen, dass von einigen Stellen keine Berichte angefordert werden dürfen, so vermerken Sie es bitte hier:**

\_\_\_\_\_

_____	<b>X</b>
Ort, Datum	Unterschrift der gesetzlichen Vertretung -1- (m/w/d), ggf. Vormund
_____	<b>X</b>
Ort, Datum	Unterschrift der gesetzlichen Vertretung -2- (m/w/d), ggf. Vormund

### **Wichtige Hinweise:**

**Bitte senden Sie den Anmeldebogen und – soweit vorhanden – ärztliche/psychologische Vorbefunde an die Adresse des entsprechenden Standorts.**

**Bei der Anmeldung für die Ambulanz bitte auch die Schulzeugnisse beifügen.**

**Die Vergabe der ambulanten Vorstellungstermine erfolgt entsprechend der fachärztlich eingeschätzten Dringlichkeit.**

**Sie werden telefonisch bzw. schriftlich durch unseren Patientenservice über den anstehenden Termin und die weiteren erforderlichen Unterlagen informiert.**

**Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Homepages der jeweiligen Standorte.**

**Vielen Dank!**