

**Kontaktformular für die Erstvorstellung**  
für Eltern/ Sorgeberechtigte



**Diakonie**  
Kinderzentrum Oldenburg  
Sozialpädiatrisches Zentrum

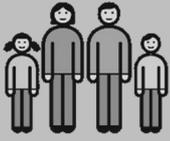
Bitte übermitteln Sie das **vollständig ausgefüllte** Formular postalisch oder per Fax an:

Kinderzentrum Oldenburg – SPZ, Cloppenburger Straße 361, 26133 Oldenburg, Fax +49 441-9696750

Bitte achten Sie darauf, **alle** Felder auszufüllen!

Personenbezogene Informationen			
Kind	Name:	Vorname(n):	Geburtsdatum: Alter:            Jahre
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d		
	Wohnadresse:		
Sorgerecht liegt bei: <input type="checkbox"/> beiden Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Adoptiveltern <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Sonstigen: ...			
Kontaktpersonen	<input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Pflegerelternanteil <input type="checkbox"/> Adoptivelternanteil	<input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Pflegerelternanteil <input type="checkbox"/> Adoptivelternanteil	<input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> sonstige: ...
	Name		
	Adresse	<input type="checkbox"/> wie Kind <input type="checkbox"/> abweichend: ...	<input type="checkbox"/> wie Kind <input type="checkbox"/> abweichend: ...
	Festnetz		
	Mobil (Pflicht)		
	E-Mail (Pflicht)		
Frühere Vorstellung im Kinderzentrum Oldenburg: mit diesem Kind: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt im Jahr: ...			
mit Geschwisterkind(ern): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit (Name/n): ...			

Informationen zum Vorstellungsgrund
Welche Hilfen erwarten Sie von uns <u>für Ihr Kind</u> bzw. <u>für Ihre Familie</u> ? Was soll sich verändern?
Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt, erfolgen aktuell bzw. sind geplant?
<input type="checkbox"/> anderes SPZ (welches?): ... <input type="checkbox"/> Ambulanz/ Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Schulpsychologie <input type="checkbox"/> Pädaudiologie <input type="checkbox"/> Neuropädiatrie
<input type="checkbox"/> Sonstige: ...
Welche Therapie/ Hilfen nehmen das Kind oder Sie bereits in Anspruch?
<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Familienhilfe <input type="checkbox"/> Familienberatungsstelle <input type="checkbox"/> Familienentlastender Dienst <input type="checkbox"/> Schullassistent
<input type="checkbox"/> Sonstige: ...



**Kontaktformular für die Erstvorstellung**  
für Eltern/ Sorgeberechtigte



**Diakonie**   
Kinderzentrum Oldenburg  
Sozialpädiatrisches Zentrum

**Einverständniserklärungen**

Ich bestätige/ wir bestätigen hiermit, dass ich/ wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/ sind, dass

....., geb. am ..... im Kinderzentrum Oldenburg - SPZ vorgestellt wird.  
(Vorname/ Nachname des Kindes) (Geburtsdatum)

Mit meinen/ unseren Unterschriften erkläre ich/ erklären wir, für das Kind personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile ich / teilen wir dem Kinderzentrum Oldenburg - SPZ umgehend mit.

Ich bin/ wir sind:

Mutter  Vater  Vormund  Sonstige: ...

---

Datum & eigenhändige Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

**HINWEIS: Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im Kinderzentrum Oldenburg - SPZ aus rechtlichen Gründen nicht möglich!**

Ich bin/ wir sind damit einverstanden,

- dass meine/ unsere personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden:  nein  ja
- dass ich/ wir Terminerinnerungen per SMS, E-Mail oder Telefon vom SPZ erhalte/ erhalten:  nein  ja  
(Wir weisen Sie darauf hin, dass Benachrichtigungen per SMS oder E-Mail unverschlüsselt versendet werden und damit unter Umständen von unberechtigten Dritten mitgelesen werden können.)
- dass patientenbezogene Daten und Befunde zwischen dem überweisenden Arzt und dem Kinderzentrum Oldenburg - SPZ übermittelt werden dürfen:  nein  ja

Ich kann mein/ wir können unser Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ich bin/ wir sind:

Mutter  Vater  Vormund  Sonstige: ...

---

Datum & eigenhändige Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

**Vielen Dank für Ihre Informationen und Ihre Anmeldung.**



**Kontaktformular für die Erstvorstellung  
für Zuweisende**



**Diakonie**   
Kinderzentrum Oldenburg  
Sozialpädiatrisches Zentrum

**Bitte übermitteln Sie das vollständig ausgefüllte Formular postalisch oder per Fax an:**  
Kinderzentrum Oldenburg – SPZ, Cloppenburger Straße 361, 26133 Oldenburg, Fax +49 441-9696750

**Angaben zum Kind**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

**Überweisungsgrund**

Bitte geben Sie relevante Diagnosen an:

Welche konkrete Fragestellung haben Sie an uns? (Bitte beschreiben diese kurz.)

**eine Sprachmittlung ist erforderlich** (Bitte zuvor durch die Eltern/ Sorgeberechtigte organisieren lassen.)  
welche Sprache(n): ...

Weitere Informationen/ Bemerkungen:

Datum/Praxisstempel

**Vielen Dank für Ihre Informationen und Ihre Unterstützung.**