

**CFZ St. Laurentius und Paulus
Frühförderzentrum (SPZ mit FF)
Queichheimer Hauptstr. 235
76829 Landau**

Interner Vermerk:

WL DRI SK
 LD NW GER

Wichtige Angaben zum Kind:

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Wohnort:
Geburtsdatum:	Staatsangehörigkeit:
Männlich: <input type="checkbox"/>	Weiblich: <input type="checkbox"/>
War dieses oder ein Geschwisterkind der Familie bereits bei uns in Betreuung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wann?	
Name des bei uns behandelten Geschwisterkindes:	
Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?	
Versichert mit dem/der <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Selbst	

Angaben zu Eltern **oder Pflegeeltern** (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	(Pflege-)Mutter	(Pflege-)Vater
Familienname/ Vorname		
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Telefon/Fax		
Handy-Nummer		
E-Mail		

Sorgeberechtigt: Mutter Vater beide Andere

Bitte lassen Sie Ihre/n **behandelnde/n Kinderärztin/-arzt** durch einen **Stempel bestätigen**, dass er/sie die Weiterbehandlung im Frühförderzentrum für erforderlich hält. Erst dann können wir Ihr Kind in unsere Warteliste aufnehmen und Ihnen einen Platz im Frühförderzentrum anbieten!



Arztstempel:

Ggf. Anmerkung der/des behandelnden Kinderärztin/-arztes:

.....

Kinder- oder Hausarzt/ärztin:	
Name des Kindergartens/der Schule:	
Gruppe/Klasse	Erzieher*in/Lehrer*in
Für Pflege/Adoptiveltern: Seit wann lebt das Kind in Ihrer Familie:	
Zuständiges Jugend- /Sozialamt:	

Bitte helfen sie uns und senden folgende Befundkopien und ein aktuelles Foto Ihres Kindes mit:

- ➔ **gelbes Untersuchungsheft**
- ➔ **Impfpass**
- ➔ **Arzt-, Krankenhaus- oder
Therapeutenberichte**
- ➔ **Entwicklungsbericht Kindergarten**
- ➔ **Schulzeugnisse**
- ➔ **aktuelles Foto des Kindes**
- ➔ **bei Pflegeeltern Bescheinigung
über Vormundschaft beifügen!**



Fragebogen zur Vorgeschichte

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

dieser Fragebogen soll uns helfen, die Probleme Ihres Kindes und ihre Dringlichkeit einzuschätzen. Die Angaben zur medizinischen Vorgeschichte und zum bisherigen Entwicklungsverlauf können wichtige Hinweise auf mögliche Ursachen liefern und sind hilfreich bei der Erstellung eines Behandlungsplans. Die Zeit, die Sie sich für die Beantwortung nehmen, kommt somit Ihrem Kind zugute.

A. Fragen zum Kind:

- | Hauptproblem
<small>(bitte eines ankreuzen)</small> | Weitere Probleme
<small>(Mehrfachnennung möglich)</small> |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Entwicklungsauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten |
| <input type="radio"/> Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Entwicklungsauffälligkeiten |
| <input type="radio"/> Motorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> belastende Lebenssituation
(psychische Belastung) |
| <input type="radio"/> Geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schulleistungen |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Verhaltensauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seh- und Hörvermögen |
| <input type="radio"/> Aufmerksamkeit/Konzentration | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seelische/Psychische Probleme |
| <input type="radio"/> Bewegungsmerkmale/Impulsivität | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="radio"/> Zwänge/autistische Züge | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cerebralparese | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schulleistungen | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seelische/Psychische Probleme | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anlagenstörungen (z. B. Trisomie
21, Fehlbildungen u. a.) | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Bitte beschreiben Sie die Sorgen, die Ihr Kind betreffen, hier nochmals mit Ihren eigenen Worten: (Verwenden Sie bitte ggf. auch das letzte Blatt)

Vorbefundung/en

Wo haben Sie Ihr Kind **wegen den oben genannten** Problemen bereits vorgestellt?
(bitte ankreuzen)

	Name	wann
<input type="checkbox"/> Kinderarzt
<input type="checkbox"/> Neurologe
<input type="checkbox"/> Orthopäde
<input type="checkbox"/> Augenarzt
<input type="checkbox"/> HNO-Arzt
<input type="checkbox"/> Kinderklinik
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugend- psychiater, Kinder- und Jugendpsychothe- rapeut, Erziehungsbe- ratungsstelle

Welche **medizintechnischen Untersuchungen** wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?
(bitte ankreuzen)

	Wo	Wann
<input type="checkbox"/> Hörprüfung
<input type="checkbox"/> Sehprüfung
<input type="checkbox"/> Kernspintomografie (MRT)/Computertomografie (CT)
<input type="checkbox"/> Ultraschall
<input type="checkbox"/> EEG
<input type="checkbox"/> Humangenetik
<input type="checkbox"/> Andere

Wurden oder werden bei Ihrem Kind **(Heilmittel-)Behandlungen** durchgeführt?
(bitte ankreuzen)

	Therapeut, Grund der Behandlung	wann
<input type="checkbox"/> Physiotherapie
<input type="checkbox"/> Ergotherapie
<input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Andere

C. Besonderheiten während der Schwangerschaft:

(bitte ankreuzen)

Der wievielten Schwangerschaft entstammt Ihr Kind?

- Fertilitätsbehandlung (Kinderwunschsprechstunde)? Nein Ja
Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht? Nein Ja
Haben Sie während der Schwangerschaft zu irgendeinem Zeitpunkt Alkohol getrunken? Nein Ja

	Schwanger- schaftsmonat		Schwanger- schaftsmonat
<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/> Operationen oder Unfälle	.....
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes	.....
<input type="checkbox"/> Seelische Belastung	<input type="checkbox"/> Röntgen	.....
<input type="checkbox"/> Medikamente oder Bestrahlungen	<input type="checkbox"/> Fehl- o. Totgeburt bei einer früheren Schwangerschaft	.....
<input type="checkbox"/> Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie

D. Fragen zur Geburt:

Wo wurde Ihr Kind geboren?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- zu Hause
 im Krankenhaus

.....
(Name der Geburtsklinik)

Die Geburt erfolgte

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- zum errechneten Termin (37. Schwangerschaftswoche + 1 Tage bis 41. Schwangerschaftswoche + 6 Tage)
 zu früh Schwangerschaftswoche
 zu spät Schwangerschaftswoche

War einer der folgenden Eingriffe notwendig?

(ggf. Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Saugglocke Geburtszange Kaiserschnitt
Notfall Nein Ja

Gab es Geburtskomplikationen (z. B Nabelschnurumschlingung, Herztonabfall, Beckenendlage. Querlage, Gesichtslage)?

.....

Bestand eine Mehrlingsschwangerschaft?

- Nein
 Ja; das Kind war der/die Erstgeborene Zweitgeborene

E. Fragen zur Neugeborenen- und Säuglingszeit:

Geburtsgewicht Gramm Länge cm Kopfumfang cm

Wie waren die **APGAR –Werte**? - - Nabelschnur pH
(steht im Vorsorgeheft bei U1; z.B. 9-10) 5 10

Musste Ihr Kind nach der Geburt beatmet werden? Nein Ja

Bestanden irgendwelche sonstigen **Auffälligkeiten** bei Ihrem Kind? Nein Ja; bitte beschreiben:
.....
.....

Wurde Ihr Kind nach Geburt in eine **Neugeborenenintensiv-Station** verlegt? Nein Ja; bitte Klinik angeben:
.....
.....

Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenswochen eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atemstörung | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht incl. Phototherapie („Lichttherapie“) | <input type="checkbox"/> Infektion |
| <input type="checkbox"/> Trinkschwäche | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Blutgruppenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Traten bei Ihrem Kind im **Säuglingsalter** folgende Probleme auf?
(zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fütterprobleme | <input type="checkbox"/> Schwierig zu beruhigen |
| <input type="checkbox"/> Anhaltendes Schreien („Schrei-Baby“) | <input type="checkbox"/> Körperkontakt abweisend |
| <input type="checkbox"/> Schlafprobleme | <input type="checkbox"/> Häufig unzufrieden wirkend |
| <input type="checkbox"/> Spei- o. „Spuckkind“ | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> andere Probleme: | |
-

F. Fragen zu Ernährung, Verdauung und Schlaf:

Wurde Ihr Kind gestillt? Nein Ja
Wenn Ja, wie lange:

Wird Ihr Kind mit einer speziellen Kost ernährt? Nein Ja
Wenn Ja, bitte Kost beschreiben (z.B. vegetarisch, vegan, sonstige spezielle Diät):

Fallen Ihnen **beim Essen** Besonderheiten auf (z.B. beim Saugen, Schlucken oder Kauen; vermehrter Speichelfluss, Ablehnung grober Kost)? Bitte beschreiben sie die Auffälligkeiten:
.....

Hat Ihr Kind Stuhlunregelmäßigkeiten?

- Nein
- Neigung zur Verstopfung
- Breiiger Stuhlgang
- Durchfall
- chronische Obstipation
- Medikamente?

Hat Ihr Kind zur Zeit Schlafprobleme?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Einschlafprobleme
- Häufiges nächtliches Erwachen (Durchschlafprobleme)
- Schlafen nur im elterlichen Bett möglich

G. Fragen zu früheren Erkrankungen (Medizinische Anamnese):

Hatte Ihr Kind eine der folgenden **Erkrankungen**?

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | Wann? | | Wann? |
|---|-------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Masern | | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | ..... |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | | <input type="checkbox"/> Röteln | ..... |
| <input type="checkbox"/> Mumps | | <input type="checkbox"/> Dreitagesfieber | ..... |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | | <input type="checkbox"/> Pseudokrupp | ..... |
| <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | | <input type="checkbox"/> Unfälle | ..... |
| <input type="checkbox"/> Schädelverletzung | | <input type="checkbox"/> Sonstiges | ..... |

Ergänzende Angaben, Komplikationen:

.....

.....

War Ihr Kind schon einmal **stationär in einer Klinik**?

Name der Klinik	Wann?	Wie lange?	Warum?
-----------------	-------	------------	--------

.....
.....
.....
.....

Weitere ergänzende Angaben zu Klinikaufenthalten:

.....

.....

.....

.....

Hat ihr Kind Sehstörungen? Nein Ja; welche: _____

Hat ihr Kind Hörstörungen? Nein Ja; welche: _____

Hat Ihr Kind eines der folgenden medizinischen **Hilfsmittel**?

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Therapie (-drei) rad |
| <input type="checkbox"/> Rollator / Gehtrainer | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Pflegebett |
| <input type="checkbox"/> Orthesen | <input type="checkbox"/> Stehständer | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Sozialrechtliches:

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis? _____

Grad der Behinderung _____

Merkzeichen _____

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? Nein Ja

Wenn Ja welchen? _____

Vermuten Sie bei Ihrem Kind **noch nicht diagnostizierte Krampfanfälle**? Nein Ja

Bei Kindern mit **bekanntem Krampfanfällen**:

Wann trat **der erste Anfall** auf? _____

Wann trat **der letzte Anfall** auf? _____

Medikation? _____

Beschreiben Sie die Anfälle

Letzte EEG-Untersuchung? _____

Wo wurde diese durchgeführt? _____

Hat Ihr Kind eine **chronische Erkrankung?** (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, rheumatische Erkrankungen):

- Nein
- Ja; bitte angeben:

Hat Ihr Kind eine **Allergie?**

- Nein
- Ja; bitte angeben:

Erhält Ihr Kind **regelmäßig Medikamente?**

- Nein
- Ja; bitte angeben:

Name des Medikaments:	Menge (Dosierung):
.....
.....
.....

H. Entwicklungsanamnese

Zu welchem **Zeitpunkt** konnten Sie erstmals (etwa) beobachten

	Lebensmonat		Lebensmonat
Greifen	erste Worte	.....
Drehen	erste 2-Wort-Sätze	.....
Krabbeln	Sauber, tags	.....
Freies Sitzen	Sauber, nachts	.....
Freies Laufen	Selbständig Anziehen	.....

Wächst Ihr Kind Mehrsprachig auf? Nein Ja

Wenn ja, welche Sprachen werden gesprochen?

.....

Haben Sie bei Ihrem Kind einen **Entwicklungsstillstand** oder **Rückschritt in der**

Entwicklung beobachtet?

- Nein
- Ja, welche?

.....

.....

.....

.....

I. Fragen zur sozialen und emotionalen Entwicklung Ihres Kindes

- Ist Ihr Kind ein Adoptivkind / Pflegekind? Nein Ja;
- Lebt oder lebte Ihr Kind in einer Pflegefamilie? Nein Ja;
- Lebte Ihr Kind zeitweilig in einem Heim? Nein Ja;
- Wenn ja, in welchem?

Haben Sie für ihr Kind schon einmal **gesetzliche Hilfe** in Anspruch genommen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jugendamt | <input type="checkbox"/> Pflegegeld |
| <input type="checkbox"/> Versorgungsamt | <input type="checkbox"/> Behindertenausweis |
| <input type="checkbox"/> Sozialamt | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Hauptbezugsperson(en)

Ihres Kindes: (Mutter, Vater, Pflegeeltern, Bezugserzieher/innen, Großeltern)

Wenn Ihr Kind außer von Ihnen noch durch andere Personen betreut wird, bitte angeben:

.....

.....

Wenn ihr Kind schon im Kindergarten war/ist:

Wann kam ihr Kind in den Kindergarten?..... (bitte Jahr angeben)

- Gab es Probleme in der Eingewöhnungszeit? Nein Ja:
- Gibt es derzeit Probleme im Kindergarten? Keine Leichte Deutliche
(Bitte beschreiben)

.....

.....

Wenn ihr Kind schon in der Schule ist:

- Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt? Nein Ja
- Bei Ja bitte Grund angeben:
- Wurde ein sonderpädagogisches Gutachten erstellt? Nein Ja
- Wann wurde Ihr Kind eingeschult? Bitte Jahr angeben:
- Erhält Ihr Kind Förderunterricht? Nein Ja
- Hat Ihr Kind die Klasse wiederholt? Nein Ja
- Bei Ja, bitte Grund angeben:

Besucht Ihr Kind einen Hort, Ganztagschule oder eine Hausaufgabenbetreuung? Nein Ja

Wird Ihr Kind von einer Integrationsfachkraft betreut? Nein Ja

Gibt es aktuell Probleme in der Schule? Nein Ja

Haben Sie bei Ihrem Kind eine der folgenden **Verhaltensauffälligkeiten** beobachtet?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ängste (bei bestimmten Gelegenheiten) | <input type="checkbox"/> Stottern |
| <input type="checkbox"/> Aggressionen gegen sich selbst oder andere | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsunruhe, Impulsivität | <input type="checkbox"/> Wenig Interesse an anderen Kindern |
| <input type="checkbox"/> Kurze Konzentration & Ausdauer | <input type="checkbox"/> Fehlendes Gefahrenbewusstsein |
| <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz |
| <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Tics |
| <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten in der Sexualentwicklung | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Besondere **Interessen und Fähigkeiten** Ihres Kindes:

Welche Neigungen, Interessen und Fähigkeiten hat Ihr Kind und welche Spiele bevorzugt es?

Bitte geben Sie an, wieviel Stunden pro Tag Ihr Kind mit Bildschirmmedien verbringt (geschätzt):

- Fernsehen; Streamingdienste Spielkonsolen
 Handy/Smartphone, Tablet

Wogegen hat Ihr Kind eine besondere Abneigung? (Spiele, Tätigkeiten):

J. Fragen zur Umgebung und Familie des Kindes (Familienanamnese):

Mutter

Vater

Schulabschluss

.....

Erlerner Beruf

.....

Ausgeübter Beruf

.....

Geburtsland

.....

Staatsangehörigkeit

(bei Asylbewerbern bitte Status angeben)

.....

Familienstand der Eltern: nicht verheiratet/ledig
 verheiratet

geschieden, seit:
 getrennt lebend, seit:

Sind die Eltern blutsverwandt? Nein

Ja

Sind Sie mit Ihren Wohnverhältnissen Nein

Ja

zufrieden?

Wer lebt noch im Haushalt (z.B. neuer Lebenspartner?)

.....

Sind **gleiche oder ähnliche Probleme**, wie Sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon einmal in der engen oder weiteren Familie vorgekommen?

Nein Ja; bitte beschreiben:

Geschwister des Kindes:

(bitte Vorname und Geburtsjahr angeben)

Name	Geburtsdatum	Mit im Haushalt lebend?	
		Nein	Ja
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es eine der folgenden **Krankheiten oder Störungen** in der weiteren oder näheren Familie?
Wer?

- Geistiger Entwicklungsrückstand
- Fehlbildungen
- Seh- oder Hörstörung
- Spastische oder sonstige Lähmung
- Bewegungsstörung
- Epilepsie
- Psychische Erkrankungen
- Asthma, Ekzem, Allergie
- Schulprobleme
- Stoffwechselkrankheit
- Sonstiges

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

- sorgeberechtigter Vater sorgeberechtigte Mutter
- Sonstige Sorgeberechtigten:

Vielen Dank!

Wie geht es jetzt weiter?

Sobald der von Ihnen ausgefüllte und unterschriebene Fragebogen mit Arztstempel (oder Überweisung) im Frühförderzentrum vorliegt, wird er durch unser Ärzteteam gesichtet und Ihr Kind wird auf unsere Warteliste aufgenommen.

Entsprechend dieser Warteliste werden in den folgenden Wochen die Termine für eine Erstvorstellung bei einem unserer Ärzte/Ärztinnen vergeben. Dieser Termin wird Ihnen schriftlich mitgeteilt.

Bitte haben Sie Verständnis, wenn es bei einer großen Anzahl an Anmeldungen zu Wartezeiten bis zu einem Erstvorstellungstermin für Ihr Kind kommt.

Die Bearbeitung des vorliegenden Antrags kann nur nach Ihrer schriftlichen Einwilligung mit jeweils 3 Unterschriften pro Erziehungsberechtigten erfolgen.



Ohne die Einwilligungen könne wir die Anmeldung nicht weiterbearbeiten und senden Ihnen den Fragebogen zur Ergänzung der fehlenden Angaben zurück.

Wir bitten um Verständnis.

Vereinbarung

über ärztliche, ärztlich delegierten, therapeutische und heilpädagogische Leistungen im Frühförderzentrum Landau

Gesetzlich versicherte Kinder:

Eine Behandlung im Frühförderzentrum kann nur erfolgen, wenn uns für das laufende Quartal ein Überweisungsschein vorliegt. Die Quartale beginnen am 01. Januar/ 01. April/ 01. Juli und 01. Oktober des jeweiligen Jahres. Frühestmöglicher Behandlungsbeginn ist das Ausstellungsdatum des Überweisungsscheins.

Privat versicherte und beihilfeberechtigte Kinder:

Das Frühförderzentrum ist durch den Zulassungsausschuss für Ärzte in der Pfalz als Sozialpädiatrisches Zentrum gem. § 119 SGB V ermächtigt. Mit Beginn der Behandlung wird zwischen Ihnen und dem Frühförderzentrum ein Vertrag abgeschlossen, dessen Grundlage die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils aktuellen Fassung ist. Ein Exemplar der GOÄ steht Ihnen auf Wunsch in unserem Sekretariat zur Einsicht zur Verfügung. Bei den ärztlichen und ärztlich delegierten Leistungen ist ein Steigerungsfaktor bis zum 2,3fachen Gebührensatz sowie bei begründeten Fällen (dies erfolgt auf Ihrer Rechnung schriftlich) bis zum 3,5-fachen Gebührensatz möglich.

Die ärztlichen Leistungen werden von der leitenden Ärztin Dr. med. Kerstin Priemer (oder in Delegation von den sonstigen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie) erbracht und in Rechnung gestellt.

Ab 01.01.2017 wird für im Frühförderzentrum erbrachte Heilmittelleistungen (Ergotherapie, Krankengymnastik oder Logopädie) der Kostensatz berechnet, der mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart ist. Bitte beachten Sie hierzu unseren öffentlichen Aushang in den Räumen des Frühförderzentrums.



Um zu vermeiden, dass Sie für einen Teil der Therapiekosten selbst aufkommen müssen, empfehlen wir Ihnen, vor Beginn der Behandlung mit Ihrer Versicherung die Kostenübernahme abzuklären. Auch wenn Sie beihilfeberechtigt sind, empfehlen wir Ihnen dringend, vor Beginn der Behandlung mit Ihrer Beihilfestelle zu klären, ob und in welchem Umfang diese leistungspflichtig ist.

Allgemeine Behandlungsbedingungen:

Falls im Rahmen der Behandlung Ihres Kindes im Frühförderzentrum eine Therapie (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Heilpädagogik, psychologische Therapie) erforderlich wird werden wir Art und Umfang der notwendigen Maßnahmen im Rahmen der Behandlungsplanung mit Ihnen besprechen.

Die Behandlungstermine vereinbaren unsere Therapeuten direkt mit Ihnen. **Voraussetzung für das Gelingen der Behandlung Ihres Kindes ist eine regelmäßige Teilnahme.** Daher sollten Sie planbare andere Termine in therapiefreie Zeiten legen.

Können Sie oder Ihr Kind aus gesundheitlichen Gründen nicht zur Behandlung erscheinen, melden Sie sich bitte persönlich oder telefonisch bei Ihrem Bezugstherapeuten (d.h. **mindestens 24 Stunden** vorher).

Nur wenn Sie rechtzeitig absagen ist es uns möglich, den freierwerbenden Termin an ein anderes Kind zu vergeben und Behandlungsausfälle zu vermeiden. Geschieht dies nicht, behalten wir uns vor, den Betrag für die ausgefallenen Behandlungstermine (Logo-, Ergo-, Physiotherapie, Heilpädagogische und psychologische Förderung) Ihnen persönlich in Rechnung zu stellen. Den aktuellen Abrechnungssatz entnehmen Sie bitte unserem öffentlichen Aushang.

Bitte beachten Sie auch: der Therapieplatz Ihres Kindes wird an ein anderes Kind unserer Warteliste vergeben, falls Sie mehr als zwei Behandlungstermine unentschuldig nicht wahrgenommen haben.

Wenn Sie eine Behandlung Ihres Kindes im Frühförderzentrum zu den genannten Bedingungen wünschen, bitten wir Sie, uns dies im Folgenden mit Ihren Unterschriften zu bestätigen.

BITTE NICHT VERGESSEN!



X

X

Ort, Datum

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater

Mit Ihren Unterschriften als Sorgeberechtigte bestätigen Sie die Angaben zum Kind und unsere Vereinbarung über ärztliche, ärztlich delegierte therapeutische und heilpädagogische Leistungen im Frühförderzentrum

BITTE UM BEACHTUNGUM BEACHTUNG!

Entsprechend gesetzlicher Vorschriften benötigen wir vor Behandlungsbeginn Ihr Einverständnis zu.



....Kundeninformationsblatt



.....Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten zu betriebsnotwendigen Zwecken

Kundeninformationsblatt mit Angaben gemäß § 15 KDG

Sehr geehrte Damen und Herren,

was in einer Beratung besprochen wird, ist vertraulich. Das ist für uns selbstverständlich.

Zu Beginn der Behandlung möchten wir Ihnen transparent darstellen, wie wir im Caritas Förderzentrum mit den uns anvertrauten Daten umgehen.

1. Das Caritas-Förderzentrum bildet eine Organisationseinheit. Alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Zentrums sind zur Verschwiegenheit, gemäß kirchlichem Datenschutz, verpflichtet. Wir erheben nur Daten, die für unsere Aufgabenerfüllung notwendig sind.
2. Um einen zügigen, problemlosen Ablauf in der Terminvergabe und Terminabsprache zu gewährleisten, wird Ihr Name mit Ihrer Rufnummer in der Verwaltung elektronisch hinterlegt. Diese Daten gehen nicht an Personen außerhalb des Caritas-Förderzentrums.
3. Um eine Situation zu verstehen ist es gleichwohl wichtig, sie aus verschiedenen Perspektiven anzusehen. Das gilt auch für unsere Beraterinnen und Berater, die unterschiedlichen Schwerpunkte und Sichtweisen einbringen. Sie kommen regelmäßig zusammen, um sich auszutauschen und voneinander zu lernen. Die Inhalte der Beratung werden in anonymisierter Form besprochen, Ihr Name wird nicht genannt. Im Ergebnis hat der Austausch der Beraterinnen und Berater für Sie den Vorteil, dass Ihnen die Fachkompetenz eines gesamten Teams zur Verfügung steht.
4. Die Inhalte des Beratungsprozesses sind von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu dokumentieren. Wirken mehrere Fachkräfte an Ihrem Beratungsziel mit, steht die Dokumentation diesen Fachkräften auch zur Verfügung. Die Fachaufsicht obliegt dem Leiter/der Leiterin des Caritas-Förderzentrums. Aus Gründen der Qualitätssicherung kann dieser/diese die Dokumentation einsehen.
5. Wenn die Beraterinnen und Berater den Eindruck haben, dass eine Zusammenarbeit mit einer externen Einrichtung weiterhilft, wird Ihnen das vorgeschlagen. Die Entscheidung darüber liegt bei Ihnen. Eine Weitergabe von Informationen erfolgt unter strikter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, das heißt: Wir bitten Sie hier schriftlich separat um Zustimmung.
6. Im Bereich der Jugendhilfe sind wir verpflichtet, den gesetzlichen Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung zu erfüllen.
7. Gegenüber den Kostenträgern steht das Caritas-Förderzentrum in der Pflicht, die Arbeit transparent darzustellen. Das geschieht in Form anonymisierter Statistiken.

8. Die verantwortliche Stelle für die Verarbeitung Ihrer Daten ist die Caritas Betriebsträgergesellschaft mbH Speyer, Nikolaus-von-Weis Straße 6, 67346 Speyer, info@cbs-speyer.de, Tel. 06232-209-200, Fax-Nr. 06232-209-4200.
9. Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der Caritas Betriebsträgergesellschaft mbH Speyer, ist unter der o.g. Anschrift, zu Hd. Harald Fuchs, beziehungsweise unter harald.fuchs@caritas-speyer.de erreichbar.
10. Für eine Behandlung erheben wir folgende Informationen (Seite 1 bis 14): Anrede, Vor- und Nachnamen, Anschrift, Kommunikationsadressen, biografische Daten, Gesundheitsdaten sowie weitere Informationen, die zu einem erfolgreichen Behandlungsprozess zur Verbesserung Ihrer aktuellen Situation notwendig sind. Die Erhebung dieser Daten erfolgt, um Sie als Kunde identifizieren zu können, zur Korrespondenz mit Ihnen und um Sie angemessen behandeln zu können.
11. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Ihren Wunsch hin und ist nach Art. 6 Abs. 1 b) KDG zu den genannten Zwecken für eine angemessene Behandlung notwendig. Die von uns erhobenen Daten vernichtet das Sie betreuende Caritas-Förderzentrum 3 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Eine längere Aufbewahrung erfolgt nur, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind.
12. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nicht. Bereits bei Punkt 5 dieser Information haben wir Sie hingewiesen, dass falls wir dies für erforderlich halten, dies eine separate, schriftliche Zustimmung Ihrerseits voraussetzt.
13. Als Kunde Sie haben das Recht gemäß Art. 8 Abs. 6 KDG Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen;
gemäß Art. 17 KDG Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;
gemäß Art. 18 KDG unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
gemäß Art. 19 KDG die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;
gemäß Art. 20 KDG die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Art. 8 KDG Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben;
gemäß Art. 22 KDG Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen und
gemäß Art. 48 KDG sich bei der zuständigen Datenaufsichtsbehörde zu beschweren.
14. Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 g) KDG verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 23 KDG Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben.
Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine schriftliche Nachricht an eine der unter 8. oder 9. genannten Kontaktadressen.

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Behandlung!



X

Unterschrift Mutter

X

Unterschrift Vater

Mit Ihren Unterschriften als Sorgeberechtigte nehmen Sie die Informationen zum Umgang mit personenbezogener Daten sowie Ihre Rechte hierzu im Caritas Frühförderzentrum zur Kenntnis.

Einwilligungserklärung nach § 8 KDG

Damit wir die Behandlung einsteigen können, verlangt das Katholische Datenschutzgesetz (KDG) Ihre schriftliche Einwilligung, dass wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten dürfen.

Personenbezogene Daten nach §4 Nr. 1 KDG, die wir bei Ihnen erfragen, sind z.B. Adressdaten, biografische Daten. Besondere Kategorien personenbezogener Daten nach §4 Nr. 2 KDG, über die wir ggf. im späteren Beratungsprozess Kenntnis erhalten, sind z.B. Gesundheitsdaten.

Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung beruht auf § 6 (1) b) des KDG. Die Datenerhebung und –verarbeitung der oben benannten Datenkategorien dienen uns wunschgemäß zu der Behandlung Ihres Kindes und Verbesserung dessen aktueller Situation.

Die Arbeit unseres interdisziplinären Teams erfolgt EDV-gestützt. Dazu ist es erforderlich, Daten Ihres Kindes und Ihrer Familie elektronisch zu erfassen und weiter zu verarbeiten. Die Mitarbeiter/innen des Frühförderzentrums unterliegen der Schweigepflicht und den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Persönliche Daten werden nur weitergegeben, soweit es für die Abrechnung mit den zuständigen Kostenträgern (z.B. Krankenkasse, Kommunen,) entsprechend den geltenden gesetzlichen Regelungen erforderlich ist.

Bei einem privat versicherten und beihilfeberechtigten Kind: Die **opta data Abrechnungs GmbH** (nachfolgend benannt als **oda**), **Bamlerstr. 114, 45141 Essen**, wird im Auftrag die aus der Behandlung/Leistung resultierende Rechnung erstellen und einziehen. Das Caritas-Förderzentrum St. Laurentius und Paulus, Queichheimer Hauptstr. 235, 76829 Landau tritt oda die aus der Behandlung entstehende Forderung ab. oda kann die Forderung an die refinanzierende Bank weiter abtreten. Sie erklären sich mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden und willigen ein, dass das Caritas-Förderzentrum zum Zweck der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung, Heilmittelrezepte mit allen darauf befindlichen Daten an oda weiterleitet. Sie nehmen zur Kenntnis, dass oda nur abrechnungsrelevante Daten erfasst, verarbeitet, speichert oder nutzt und willigen ein, dass oda abrechnungsrelevante Daten an ihre refinanzierende Bank übermitteln kann. Nicht zur Erfassung kommen Daten über Diagnosen oder Behandlungsabläufe

Bei offenen Fragen hierzu wenden Sie sich vor der Unterzeichnung bzw. während der späteren Behandlung gerne an einen Mitarbeiter des Frühförderzentrums!

Sie haben jederzeit die Möglichkeit zum Widerruf dieser Einwilligungserklärung in gleicher Form mit Wirkung für die Zukunft. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen wird durch den Widerruf nicht berührt. Bei erfolgtem Widerruf entstehen Ihnen keine Nachteile! Einen Widerruf richten Sie bitte an das Sie betreuende Caritas Frühförderzentrum Laurentius und Paulus, Queichheimer Hauptstr. 235, 76829 Landau, oder die verantwortliche Stelle im Sinne dieses Gesetzes, die Caritas Betriebsträgersgesellschaft mbH Speyer, Nikolaus-von-Weis Straße 6, 67346 Speyer.

Bitte haben Sie Verständnis, dass der dargestellte Behandlungsprozess nur bei erfolgter, schriftlich vorliegender Einwilligung beginnen kann!



X

X

Ort, Datum

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater

Mit Ihren Unterschriften als Sorgeberechtigte willigen Sie die in die Verarbeitung personenbezogener Daten zum Zwecke der Erbringung ärztlich delegierter, therapeutischer und heilpädagogischer Leistungen im Frühförderzentrum.

Für Ihre Notizen:

