



UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM | Klinik für Kinder- und Jugendmedizin | 89070 Ulm  
Sozialpädiatrisches Zentrum  
Frauensteige 10  
89075 Ulm

Ärztliche Direktorin  
Prof. Dr. med. Miriam Erlacher  
Eythstraße 24  
89075 Ulm

Einwilligungserklärung zur Behandlung am SPZ Ulm

Hiermit bestätige/n ich/ wir,

- dass alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung unseres Kindes ..... (Vorname, Nachname) geboren am ..... im SPZ einverstanden sind. o nein o ja
- dass von meinem/ unserem Kind, im Rahmen der Behandlung, zu medizinischen Zwecken (z.B. bei EEG Aufnahmen) Fotos und Videoaufnahmen gemacht werden dürfen. o nein o ja
- dass sich das SPZ zur Erfüllung der Versorgung/ Behandlung meines/ unseres Kindes mit den von uns aufgeführten Institutionen austauschen und unsere Daten dabei wechselseitig offenbart werden dürfen. o nein o ja

Institutionen (Name, Adresse, Telefon)

- Kinderarzt: .....
- Arzt: .....
- Pädaudiologie/Phoniatrie des Universitätsklinikums Ulm
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm
- Therapeuten: .....
- Kindergarten/-krippe: .....
- Schule: .....
- Beratungsstelle: .....
- Sonstiges: .....

- dass ich/ wir für jedes Quartal der Behandlung am SPZ einen Überweisungsschein vom Kinderarzt vorlegen werden. Ich/ Wir nehme/n hiermit zur Kenntnis, dass mir/ uns für wahrgenommene Termine ohne das Vorliegen eines Überweisungsscheines im jeweiligen Quartal, die Behandlung meines/ unseres Kindes am SPZ in Rechnung gestellt werden wird.

Änderungen im Sorgerecht, insbesondere bezüglich Gesundheitsfürsorge, müssen dem SPZ umgehend Mitgeteilt werden, solange sich das Kind dort in Behandlung befindet.

Diese Einverständniserklärung ist gültig bis Widerruf.

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Ort, Datum: ..... Unterschrift Sorgeberechtigte/r: .....

Ort, Datum: ..... Unterschrift Sorgeberechtigte/r: .....

DGM Zertifiziertes Neuromuskuläres Zentrum

Zentrum für Seltene Neurologische Erkrankungen (ZSE Ulm)

Zentrum für Seltene Neuromuskuläre Erkrankungen

Hinweis: Informationen zum Datenschutz können Sie dem Informationsblatt zum Datenschutz der Klinik entnehmen (https://www.uniklinik-ulm.de/downloads/GVO\_TIE\_Infoblatt.pdf).



UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM | Klinik für Kinder- und Jugendmedizin | 89070 Ulm

Elternfragebogen vor dem ersten Termin am SPZ

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen hilft uns bei zur Einschätzung Ihres Bedarfs und der Vorbereitung auf den Termin Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie ihn (ggf. in Absprache mit dem Kinderarzt) vollständig aus. Alle Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig und werden streng vertraulich behandelt!

Kind/ Jugendliche/r

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Geschlecht: o männlich o weiblich o divers
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort, Landkreis:
Staatsangehörigkeit:
Kindergarten/ Schule + Klasse:

Kontaktinformationen nächster Angehörigen (Eltern/ Gesetzliche/r Vertreter/in)

Name, Vorname:
Beruf
Straße, Hausnummer:
Wohnort:
Telefonnummer:
Email:
Name, Vorname:
Beruf
Straße, Hausnummer:
Wohnort:
Telefonnummer:
Email:

Was macht Ihnen Sorgen/ Probleme bei Ihrem Kind/ Warum kommen Sie zu uns?

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

Ärztliche Direktorin
Prof. Dr. med. Miriam Erlacher
Eythstraße 24
89075 Ulm

Sektion Neuropädiatrie, Stoffwechsel und Sozialpädiatrisches Zentrum
Leiter: Prof. Dr. S. Cirak
Frauensteige 10
89075 Ulm
T: 0731 500 57010
F: 0731 500 57011

DGM Zertifiziertes Neuromuskuläres Zentrum

Zentrum für Seltene Neurologische Erkrankungen (ZSE Ulm)

Zentrum für Seltene Neuromuskuläre Erkrankungen

Klinikumsinterne Klassifikation:  
**STRENG VERTRAULICH**

**Welche Hilfen erwarten Sie von uns?**

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

**Beschwerden Ihres Kindes**

Zu dem Problem, wegen dem Sie zu uns kommen: Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Diagnose gestellt?

ja     nein    Wenn ja, welche? .....

Wurden bereits Untersuchungen durchgeführt?

ja     nein    Wenn ja, welche? .....

*(Bitte legen Sie Kopien von Arztberichten, Befunden, MRT-Bildern etc. bei oder bringen diese zu Ihrem ersten Termin mit)*

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein    Wenn ja, welche?	
Name Medikament	Dosierung
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Sind Ihnen Allergien Ihres Kindes bekannt?

ja     nein    Wenn ja, welche? .....

Hat Ihr Kind Krampfanfälle?

ja     nein    Wenn ja,  
Wann zuletzt? .....  
Wie häufig sind sie? .....  
Wie lange dauern sie? .....  
Wie genau sehen die Anfälle aus? .....

Gab oder gibt es weitere medizinische Probleme (andere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden)?

ja     nein    Wenn ja, welche? .....

Klinikumsinterne Klassifikation:  
STRENG VERTRAULICH

Ist Ihr Kind nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission (StlKo) geimpft? (Bitte bringen Sie eine Kopie des Impfausweises Ihres Kindes mit zu Ihrem Termin!)

nein  ja

Falls zusätzliche Impfungen: Welche?.....  
.....

Benötigt Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel? (Brille, Einlagen, Hörgeräte, Rollstuhl, o.ä.)

ja  nein Wenn ja, welche? .....

**Fördersituation Ihres Kindes**

Erhält Ihr Kind Frühförderung?  nein  ja, seit .....  geplant, ab ..... Wenn ja, in welcher Einrichtung? (Name der Einrichtung, Kontaktperson, Telefonnummer)

.....  
.....

Erhält oder erhielt Ihr Kind eine der folgenden Therapien oder Diagnostik?

Physiotherapie  nein  ja, seit ..... Wie oft? .....  
Wenn ja, in welcher Einrichtung? (Name der Einrichtung, Kontaktperson, Telefonnummer) .....

Ergotherapie  nein  ja, seit ..... Wie oft? .....  
Wenn ja, in welcher Einrichtung? (Name der Einrichtung, Kontaktperson, Telefonnummer) .....

Logotherapie  nein  ja, seit ..... Wie oft? .....  
Wenn ja, in welcher Einrichtung? (Name der Einrichtung, Kontaktperson, Telefonnummer) .....

Psychotherapie  nein  ja, seit ..... Wie oft? .....  
Wenn ja, in welcher Einrichtung? (Name der Einrichtung, Kontaktperson, Telefonnummer) .....

Andere Therapien  nein  ja, seit .....  geplant, ab .....  
Wenn ja, welche und wie oft? .....

Gibt es familienunterstützende Maßnahmen?

ja  nein Wenn ja, welche? .....

**Angaben zur Familie**

Hat Ihr Kind Geschwister/ Halbgeschwister (von väterlicher **V**/ mütterlicher **M** Seite)?

- Name, Geburtsdatum .....



Klinikumsinterne Klassifikation:  
**STRENG VERTRAULICH**

- Umdrehen von Rücken- in Bauchlage ...im Alter von..... Monaten.
- Freies Sitzen ...im Alter von..... Monaten.
- Krabbeln ...im Alter von..... Monaten.
- Selbständiges Stehen ...im Alter von..... Monaten.
- Selbständiges Gehen ...im Alter von..... Monaten.
- Erste 2 bis 3 sinnvolle Wörter ...im Alter von..... Monaten.
- Erste Zweiwortsätze ...im Alter von..... Monaten.
- Zeigt auf benannte Körperteile ...im Alter von..... Monaten.
- Einfaches Rollenspiel („so tun als ob“) ...im Alter von..... Monaten.
- Tagsüber sauber und trocken ...im Alter von..... Monaten.
- Nachts sauber und trocken ...im Alter von..... Monaten.

Er/ Sie zählt zurzeit sicher bis: .....

- Spricht Ihr Kind aktuell?       nein     ja
- Wenn Nein,                       Er/ Sie hat noch nie ein sinnvolles Wort gesprochen  
    Er/ Sie spricht nicht mehr seit .....
- Wenn Ja,                          Er/ Sie spricht einzelne Wörter  
    Er/ Sie spricht in sinnvollen 2 Wortsätzen („z.B. „Auto haben“,  
   „Hause gehen“, ...)  
    Er/ Sie spricht in sinnvollen 3 Wortsätzen (z.B. „Mama Zimmer  
   gehen“, „Baby nicht essen“, ...)  
    Er/ Sie spricht fließend

Hat Ihr Kind in einem der genannten oder einem anderen Bereich (z.B. Motorik, Sprache, Essen ...) schonmal etwas nicht mehr gekonnt/ scheinbar verlernt/ macht es nicht mehr, was es bereits gekonnt hatte?    nein    ja

Wenn ja, in welchem Bereich/ was genau und wann? .....

.....

.....

.....

.....

**Angaben zu Kinderkrippe/ Kindergarten/ Schule**

Aktuell: Besuch von Kinderkrippe/ Kindergarten / Schule?

- nein     ja, seit .....     geplant, ab .....
- Wenn ja, welche/n (Name & Art der Einrichtung, Kontaktperson, Telefon): .....
- .....
- .....
- Mein Kind geht aktuell in die Klasse .....                      Einschulungsjahr .....
- Wurde Ihr Kind später eingeschult?                       nein     ja

Klinikumsinterne Klassifikation:  
STRENG VERTRAULICH

Wenn ja, warum? .....

.....

Hat Ihr Kind schonmal eine Klasse wiederholt?  nein  ja

Gibt es Probleme in Kindergarten oder Schule?  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

.....

Hat Ihr Kind schonmal eine Integrationshilfe/ Schulbegleitung im Kindergarten oder der Schule gehabt?

nein  ja, seit .....  geplant, ab .....

Wenn ja, welche/n (Name & Art der Unterstützung, Name & Telefon der unterstützenden Person): .....

.....

Welche Stärken hat er/sie in .....

.....

**Verhalten Ihres Kindes**

Gibt es Verhaltensprobleme in der Einrichtung (Schule oder Kindergarten)?  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

.....

Gibt es Verhaltensprobleme zuhause?  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

.....

Was und wie spielt Ihr Kind gern/ am liebsten?

.....

.....

.....

.....

.....

**Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten!**

**Platz für weitere Mitteilungen** (Möchten sie uns noch etwas mitteilen?)

.....

.....

.....

.....

.....

Klinikumsinterne Klassifikation:  
STRENG VERTRAULICH

**Bitte übermitteln Sie uns diesen Fragebogen per Mail oder postalisch.**

(*Email:* anmeldung.spz@uniklinik-ulm.de; *Postadresse:* Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sektion Sozialpädiatrisches Zentrum und Pädiatrische Neurologie, Frauensteige 10, 89075 Ulm)

**Denken Sie bei Ihrem Termin bitte daran, das U-Heft, Kopien des Impfpasses, Kopien aller relevanten Arztberichte/Befunde (z.B. Phoniatrie, Kernspintomographie (MRT), Ergo, Physio, EEG, Psychologie) und Kopien der Zeugnisse Ihres Kindes mitzubringen!**

**Bitte geben Sie uns in der beiliegenden Einwilligungserklärung die Einverständnis, uns gegebenenfalls nach Eingang Ihrer Anfrage gegebenenfalls zur Bedarfsklärung/Behandlungsplanung mit der Pädaudiologie/Phoniatrie und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm auszutauschen.**

- 
- Hiermit bestätige/n ich/ wir die Richtigkeit unserer Angaben.

Hinweis: Informationen zum Datenschutz können Sie dem **Informationsblatt zum Datenschutz** der Klinik entnehmen ([https://www.uniklinik-ulm.de/downloads/GVO\\_TIE\\_Infoblatt.pdf](https://www.uniklinik-ulm.de/downloads/GVO_TIE_Infoblatt.pdf)).