

Liebe Eltern!

Bitte gehen Sie für die Anmeldung Ihres Kindes in KJA/SPZ Tempelhof wie folgt vor:

1. Klären Sie mit Ihrem Kinderarzt / Ihrer Kinderärztin, ob dieser oder diese eine Vorstellung bei uns empfiehlt.
2. Drucken Sie die Anmeldeunterlagen [ANM 1] von unserer Webseite aus.
3. Lassen Sie den Abschnitt „**wird von Kinderarzt/Kinderärztin ausgefüllt**“ der ausgedruckten Anmeldeunterlagen von der Kinderarztpraxis ausfüllen.
4. Sie füllen alle anderen Abschnitte der Anmeldeunterlagen vollständig aus.
5. Zur Anmeldung Ihres Kindes kommen Sie dann **persönlich** ins KJA/SPZ Tempelhof und bringen mit:
 - die vollständig ausgefüllten Anmeldeunterlagen
 - die Gesundheitskarte des Kindes
 - das gelbe Untersuchungsheft
 - evtl. vorliegende Berichte/Befunde

Achtung! Eine Anmeldung Ihres Kindes ist nur möglich, wenn alle Unterlagen vorliegen und Sie diese persönlich vorbei bringen!

Adresse und Öffnungszeiten:

Diakonie Jugend- & Familienhilfe Simeon gGmbH
Kinder- und Jugendambulanz / Sozialpädiatrisches Zentrum (KJA/SPZ)
Riegerzeile 1
12105 Berlin
Tel.: 030 751 02 28

Dienstag und Donnerstag: 14:30 - 15:30 Uhr
Mittwoch und Freitag: 08:00 - 12:00 Uhr
oder nach individueller Vereinbarung
(im Urlaubs- und Krankheitsfall können Abweichungen entstehen)

Danke für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen
das Team des KJA/SPZ Tempelhof

Anmeldung [ANM 1]

Name des Kindes: _____ geb.: _____

wohnhalt: _____

Abweichender Name Kindesmutter: _____

Abweichender Name Kindesvater: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

wohnt bei: Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Pflegeeltern ☐ Adoptivfamilie ☐ Außerfamiliäre Unterbringung ☐

Sorgeberechtigte: Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere ☐

Betreuung: Tagespflege ☐ Kita ☐ Schule ☐ Hort ☐ andere ☐

Kita: _____ Name der Erzieher/-in _____

Schule: _____ Name Lehrer/-in _____

I-Status (erhöhter Förderbedarf) nein ☐ ja ☐ § _____

Krankenkasse: _____ Das Kind ist versichert bei: _____

wird von Kinderarzt/Kinderärztin ausgefüllt:

Grund der Vorstellung

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

letzter Hörtest: _____

_____ letzter Sehtest: _____

Auftrag

Sie wünschen: ☐ Diagnostik ☐ Diagnostik und weitere Betreuung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

wird vom KJA/SPZ ausgefüllt

Aufnahmedatum: _____ Aufnahmenummer: _____

EV1 bei: Psycholog*in ☐ Arzt/Ärztin ☐

Dolmetscher benötigt ☐ Sprache: _____

Angaben zur Familiensituation

Name der Mutter:

Geburtsdatum u. -ort:

Art des Schulabschlusses:

Staatsangehörigkeit:

berufstätig: als / wie viele Stunden:

Ausbildung als:

Name des Vaters:

Geburtsdatum u. -ort:

Art des Schulabschlusses:

Staatsangehörigkeit:

berufstätig: als / wie viele Stunden:

Ausbildung als:

Sind die Eltern? ☐ verheiratet ☐ in eheähnlicher ☐ getrennt ☐ geschieden
Lebensgemeinschaft seit _____ seit _____

Wie ist die derzeitige Wohnsituation? Hat das Kind z. B. ein eigenes Zimmer?

☐ Ja ☐ Nein

Schreiben Sie bitte die Namen von allen weiteren Kindern auf, die in der Familie leben/nicht in der Familie leben.

Name	Geburtsdatum und Ort	welche Schulart und Klasse {bzw. berufliche Ausbildung}	besondere Probleme oder Krankheiten	Lebt in Familie?

Sind in Ihrer Familie bekannt:

- ☐ Entwicklungsstörungen (Sprache/Motorik) ☐ Sehstörungen ☐ Hörstörungen
☐ Depressionen/Angsterkrankungen ☐ Rechenstörung/LRS ☐ Lernschwierigkeiten
☐ Syndrome/genetische Störungen ☐ Autismus ☐ Geistige Behinderung
☐ Epilepsie ☐ Schilddrüsenerkrankungen ☐ ADHS
☐ sonstige _____

Fragen zu Untersuchungen und Behandlungen des Kindes

Sind Sie in einem anderen SPZ oder in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie angemeldet oder in Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wo? _____ wann? _____

In welchen Arztpraxen haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen vorgestellt?

Fachrichtung Name, Anschrift	wann? von - bis	Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

Welche ernsteren Erkrankungen oder Operationen hat ihr Kind bisher durchgemacht?

Nimmt Ihr Kind Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt/untersucht?

Anschrift der Klinik	von - bis	Wegen welcher Erkrankung?

War Ihr Kind bereits einmal zur Kur? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wann? _____ Grund: _____

Welche Therapien wurden bei Ihrem Kind bisher durchgeführt (z. B. KG, Ergo-, Sprach-, Psychotherapie)?

Art der Therapie	von - bis	Wegen welcher Problematik?

Bisher durchgeführte spezielle Untersuchungen (ambulant oder stationär)

Wann war

- ☐ die letzte Hörprüfung _____ Befund: _____
- ☐ der letzte Sehtest _____ Befund: _____
- ☐ Röntgen (z. B. Hüfte) _____ Befund: _____
- ☐ Computertomographie (z. B. Kopf) _____ Befund: _____
- ☐ Kernspintomographie _____ Befund: _____
- ☐ EEG _____ Befund: _____
- ☐ Psychologischer Test (Wurde schon mal eine Intelligenzdiagnostik gemacht? Wann? Mit welchem Ergebnis?) _____

☐ andere und ergänzende Angaben _____

Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?

- ☐ Brille ☐ speziellen Kinderwagen
- ☐ Mundplatte/Zahnspange ☐ spezielles Dreirad oder Fahrrad
- ☐ Hörgerät ☐ Stehständer oder ähnliches
- ☐ Orthesen, z. B. Schienen, Einlagen ☐ Rollstuhl
- ☐ Sonstige: _____

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, Grad der Behinderung _____ gültig seit: _____

Merkzeichen: ☐ G ☐ aG ☐ H ☐ BI ☐ GI ☐ TBI ☐ B

Hat ihr Kind einen Pflegegrad?

☐ Nein ☐ Ja welcher Grad: _____

Berlin,
 Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Handy- Nummer: _____

E-Mail- Adresse: _____

Ich bin einverstanden, über Brief kontaktiert zu werden: ☐ Ja ☐ Nein

Ich bin einverstanden, über E-Mail kontaktiert zu werden: ☐ Ja ☐ Nein

Ich bin einverstanden, über SMS kontaktiert zu werden:
(zur Terminerinnerung) ☐ Ja ☐ Nein

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten: ☐ Ja ☐ Nein

Ich stimme den Rahmenbedingungen der Videosprechstunde zu: ☐ Ja ☐ Nein

Nur für Privatpatienten:

Ich bin einverstanden, dass SPZ Berichte auch an den
behandelnden Kinderarzt verschickt werden: ☐ Ja ☐ Nein

Ihre Einwilligung gilt für uns als Erlaubnis, diese Daten zu verarbeiten (§ 11 DSGVO). Sie können die
Einwilligung jederzeit widerrufen.

Berlin,

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigten

Klärung der Sorgeberechtigung/Gesundheitsfürsorge:

Betrifft: Name des Kindes: _____ geb.: _____
wh.: _____

Das Sorgerecht/die Gesundheitsfürsorge für o. g. Kind liegt bei

- ☐ Eltern, zusammen lebend
- ☐ Eltern, getrennt lebend
- ☐ alleiniges Sorgerecht bei: ☐ Mutter
☐ Vater
- ☐ Amtsvormundschaft/ Ergänzungspflegeschaft
- ☐ andere: _____

Bitte für sämtliche Sorgeberechtigte angeben:

Name: _____	Name: _____
Anschrift: _____	Anschrift: _____
Ort: _____	Ort: _____
Tel.: _____	Tel.: _____

Hiermit bestätigen sämtliche Sorgeberechtigte, dass sie mit der Diagnostik, Behandlung und Beratung des o. g. Kindes im SPZ des Diakoniewerkes Simeon (Tempelhof) einverstanden sind:

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift	_____ Name
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift	_____ Name

HINWEIS: Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im SPZ des Diakoniewerkes Simeon aus rechtlichen Gründen nicht möglich.

Betrifft: Name des Kindes: _____

geb.: _____

Liebe Eltern,

wir – die KJA/SPZ Tempelhof – bieten Ihnen eine Videosprechstunde an. Der von uns gewählte Videodienst „[sprechstunde.online/Deutsche Arzt AG](https://sprechstunde.online/DeutscheArztAG)“ ist gemäß der Anlage 31b des Bundesmantelvertrag-Ärzte zur Informationssicherheit, zum Datenschutz und zu den Inhalten zertifiziert.

Das Wichtigste zum Datenschutz und zur Vertraulichkeit für Sie im Überblick:

- Die KJA/SPZ ist beim Videodienst „[sprechstunde.online/Deutsche Arzt AG](https://sprechstunde.online/DeutscheArztAG)“ registriert.
- Als Patient*in/Eltern können Sie sich ohne Account anmelden.
- Die Videosprechstunde erfolgt über eine sogenannte „Peer-to-Peer-Verbindung“, also ohne die Nutzung eines zentralen Servers.
- Eine sogenannte „Ende-zu-Ende-Verschlüsselung“ ist gewährleistet.
- Sämtliche Inhalte der Videosprechstunde werden durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert.
- Der Videodienstanbieter darf nur Server in der EU nutzen.

Die Videosprechstunde findet werbungsfrei in Räumen mit Privatsphäre statt, die eine entsprechende Technikausrüstung aufweisen. Sie wird vertraulich und störungsfrei verlaufen – wie eine normale Sprechstunde auch. So darf die Videosprechstunde beispielsweise von niemandem aufgezeichnet werden (keine Ton-, Video- oder Fotoaufnahmen), auch nicht von Ihnen.

Sie müssen sich zu Beginn der Sprechstunde ausweisen. Das passiert i.d.R. über die elektronische Gesundheitskarte (in Kombination mit dem Personalausweis/Pass), die Sie uns so vorzeigen müssen, so dass wir Ihren Namen und die Versichertendaten klar erkennen können. Sie müssen uns zudem noch einmal mündlich erklären, dass Krankenversicherungsschutz für Sie bzw. Ihr Kind bei der genannten Krankenkasse besteht.

Informationen über den Termin und zur Einwahl erhalten Sie im konkreten Fall von uns. Wir wählen uns zeitgleich ein. Ggf. müssen Sie kurz im „Online-Wartezimmer“ verweilen, bis wir zusammen geschaltet werden. Nach Ende der Sprechstunde melden sich beide Seiten von der Internetseite ab.

Die Videosprechstunde kann uns ermöglichen, mit Ihnen auch über räumliche Distanz in Kontakt zu bleiben und Ihr Kind zu sehen. Sie können uns „live“ Ihre Sorgen zeigen und wir können darauf reagieren, Sie konkret beraten oder weitere Schritte mit Ihnen besprechen.

Hiermit willige ich in die Nutzung meiner Daten zum Aufbau einer Videosprechstunde ein. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Nennung von Gründen widerrufen kann.

Berlin,

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Information zum Datenschutz (für Ihre Unterlagen)

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten und der Ihrer Kinder ist uns wichtig. Nach dem Datenschutzgesetz der Evangelischen Kirche Deutschlands (DSG-EKD) sind wir verpflichtet, Sie gemäß den Vorgaben der §§ 17, 18 DSG-EKD über die Zwecke der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und der Ihrer Kinder zu informieren, und Sie über die Ihnen zustehenden Rechte aufzuklären.

Unter „personenbezogene Daten“ fallen alle Informationen, die sich auf eine bestimmte oder bestimmbare natürliche Person beziehen, wie z. B. Name, Anschrift, Geburtsdatum oder E-Mail-Adresse. Unter der „Verarbeitung“ Ihrer Daten ist jegliche Verwendung durch uns zu verstehen, etwa die Erhebung, Nutzung, Speicherung oder Löschung dieser Daten.

1. Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung

Diakonie Jugend- & Familienhilfe Simeon gGmbH
Standort
Kinder- und Jugendambulanz/Sozialpädiatrisches Zentrum (KJA/SPZ)
Riegerzeile 1, 12105 Berlin
Tel.: (030) 751 02 28
E-Mail: kja.spz@diakoniewerk-simeon.de

Unseren Örtlich Beauftragten für den Datenschutz erreichen Sie unter
E-Mail: datenschutz@diakoniewerk-simeon.de

2. Zweck und Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unserer KJA/SPZ und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten und die Ihrer Kinder sind das DSG-EKD (§ 6 Nr. 1, 2, 3 und § 13 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 3) in Verbindung mit dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für eine sorgfältige Behandlung. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere die Gesundheitsdaten Ihrer Kinder. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder ärztliche Kolleg*innen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen, die an der Behandlung Ihres Kindes beteiligt sind, Daten zur Verfügung stellen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln personenbezogene Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie schriftlich eingewilligt haben. Empfänger Ihrer Daten ist vor allem der überweisende Arzt. Durch die Abgabe des Überweisungsscheins erteilen Sie uns die Erlaubnis dazu. Auch andere Ärzt*innen oder Therapeut*innen verschiedener Fachrichtungen können Empfänger sein. Das dient der Realisierung eines komplexen Behandlungs- und Förderplans sowie des sozialpädiatrischen Fallmanagements. Zur Umsetzung weiterer Hilfen aus anderen sozialrechtlichen Bereichen kann es sinnvoll sein, Daten an Personen aus anderen Institutionen wie Kitas, Schulen oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst weiterzugeben. Wir werden Sie an gegebener Stelle darüber informieren und ggf. eine Schweigepflichtentbindung von Ihnen einholen.

4. Speicherung Ihrer Daten

Ihre Daten werden so lange gespeichert, soweit deren Kenntnis zur Erfüllung der jeweiligen Aufgaben erforderlich ist (§ 21 Abs. 1 Nr. 2 DSG-EKD). Nach Erfüllung der jeweiligen gesetzlichen Aufgaben werden Ihre Daten unwiderruflich gelöscht, sofern keine entsprechende gesetzliche Verpflichtung zu einer längeren Speicherung besteht. So sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Daten bzw. die Ihres Kindes mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Bei Röntgenaufnahmen besteht z. B. eine Aufbewahrungspflicht von 30 Jahren nach Abschluss der Behandlung.

5. Ihre Rechte

Ihnen stehen nach dem DSG-EKD folgende Rechte zu:

Nach § 19 DSG-EKD können Sie auf Antrag Auskunft über die zu Ihnen und Ihrem Kind gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen.

Sollten die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten unrichtig oder unvollständig sein, können Sie nach § 20 DSG-EKD auf Antrag deren Berichtigung verlangen.

Unter den Voraussetzungen der §§ 21, 22 DSG-EKD können Sie die Löschung und die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

Ihnen steht nach § 24 DSG-EKD in den dort genannten Fällen das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Das bedeutet, dass Sie die Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format erhalten können, und auch die Übermittlung an einen Dritten verlangen können, wenn dies technisch machbar ist. Bitte wenden Sie sich an die unter Punkt 1 angegebene verantwortliche Stelle, wenn Sie Ihre Rechte ausüben wollen.

Zusätzlich zu den oben genannten Rechten haben Sie nach § 46 DSG-EKD das Recht auf eine Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, bei der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in Ihren Rechten verletzt worden zu sein.

Für die Datenschutzaufsicht ist zuständig:

Der Beauftragte für den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland
Außenstelle Berlin
Invalidenstraße 29
D-10115 Berlin
Tel. +49 (0) 30 2005157-0
Fax +49 (0) 30 2005157-20
E-Mail: ost@datenschutz.ekd.de

6. Sicherheit Ihrer Daten

Die für die Verarbeitung Ihrer Daten Verantwortlichen unseres Unternehmens haben die aus unserer Sicht notwendigen technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um einen möglichst umfassenden Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sicherzustellen. Wir können jedoch nicht garantieren, dass bei einer Übertragung von Daten über das Internet keine Sicherheitslücken bestehen. Sofern Sie E-Mails an die KJA/SPZ schreiben möchten, weisen wir Sie darauf hin, dass es sich um keine sichere Verbindung handelt und Ihre E-Mails ggf. mitgelesen werden können.

Deshalb bitten wir Sie, vertrauliche Informationen nicht in einer E-Mail mitzuteilen.