

# Anmeldung [ANM 1]

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wh.: \_\_\_\_\_

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

Einrichtung: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind in der Kita einen Integrationsplatz mit erhöhtem Förderbedarf (I-Status): ja  nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Kinder/Hausarzt\*in: \_\_\_\_\_

**Wird von Kinderarzt/Kinderärztin ausgefüllt:**

**Grund der Vorstellung**

Diagnose/Verdachtsdiagnose

\_\_\_\_\_

Befund/Medikation

letzter Hörtest: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

letzter Sehtest: \_\_\_\_\_

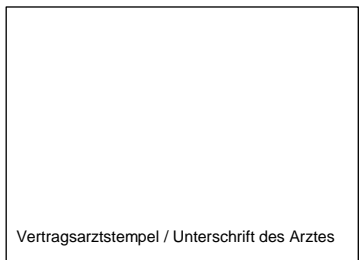
Auftrag

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_



## Fragen zu Untersuchungen und Behandlungen des Kindes

**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

wann: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

**Welche Therapien wurden bei Ihrem Kind bisher durchgeführt (z. B. KG, Ergotherapie, Sprachtherapie)?**

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/Zahnsperre  spezielles Dreirad oder Fahrrad

Hörgerät  Stehständer oder ähnliches

Orthesen, z. B. Schienen, Einlagen  Rollstuhl

Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis?**

Nein  Ja Wenn ja, wie viel Prozent? \_\_\_\_\_

### **Bekommen Sie Pflegegeld?**

Nein  Ja

Berlin,

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r

**Betrifft:** Name des Kindes: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

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

Berlin,

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r

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

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](mailto:kja.spz@diakoniewerk-simeon.de)

Unseren Örtlich Beauftragten für den Datenschutz erreichen Sie unter

E-Mail: [datenschutz@diakoniewerk-simeon.de](mailto: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 DSGVO). 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 DSGVO folgende Rechte zu:

Nach § 19 DSGVO 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 DSGVO auf Antrag deren Berichtigung verlangen.

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

Ihnen steht nach § 24 DSGVO 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 DSGVO 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](mailto: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.