Ökumenische Kinder- und Jugendförderung e.V.

Verein zur Integration und Förderung von Menschen mit und ohne Behinderung

ÖKJ e.V. • Durschstraße 93 • 78628 Rottweil

Anmeldung zur Kontaktaufnahme Frühförderstelle Rottweil

! Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen !

Kind								
Familienname								
Vorname	☐ männlich ☐ weiblich							
Geburtstag								
Geburtsort								
wohnhaft bei	Mutter ☐		Vater ☐					
Staatsangehörigkeit					und			
Konfession	RK		EV		keine		andere	

Elternteile		
	Mutter	Vater
Sorgeberechtigt	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
Name		
Vorname		
Straße		
Plz. Ort		
Telefon		
Mobil		
Email		

Pflegefamilie		
	Pflegemutter	Pflegevater
Name		
Vorname		
Straße		
PLZ/Ort		
Telefon		
Mobil		
Vormundschaft bei		
Ansprechpartner		

Arzt	
Haus-/ Kinderarzt	
Straße	
Plz. Ort	
Telefon	
Mobil	

Krankenkasse
Bei Privater Versicherung
Vers.-nehmer: ☐ Mutter ☐ Vater

Kindergarten	
Name Kiga	
Straße	
Plz. Ort	
Telefon	

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der beidseitigen Kontaktaufnahme von Kindergarten, Frühförderstelle/Frühberatungsstelle und Arzt zu. Sie entbinden die oben angegebenen, sowie unsere Einrichtung von der Schweigepflicht. Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann/können.

Datum/Ort:	Unterschrift der Eltern

**Ökumenische Kinder-
und Jugendförderung e.V.**

Verein zur Integration und Förderung von
Menschen mit und ohne Behinderung

ÖKJ e.V. • Durschstraße 93 • 78628 Rottweil

Eingangsfragebogen

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

SCHWANGERSCHAFT:

Gab es körperliche Belastungsfaktoren?

□ Liegezeiten □ Erbrechen □ Schwangerschaftsdiabetes □ Blutungen

□ weitere Erkrankungen: _____

Gab es psychische/emotionale Belastungsfaktoren?

(vor/während/nach der Schwangerschaft)

□ Trennung □ Fluchterfahrung □ Unfall □ Depressionen

□ weitere Erkrankungen: _____

Gab es spezifische Voruntersuchungen? (z.B.: Fruchtwasseruntersuchung)

_____

GEBURT:

□ Komplikationen wenn ja, welche?: _____

□ Sectio (Kaiserschnitt)

Schwangerschaftswoche: _____ Gewicht: _____g Größe: _____cm

APGAR (siehe U-Heft): ___ /___/ ___

□ Mehrlingsgeburt Anzahl_____

NEUGEBOHRENENZEIT/KRANKENHAUSAUFENTHALTE:

□ Klinikaufenthalt (Wo, Datum) _____

□ Brutkasten □ Wärmebett □ Gelbsucht

□ Atemstörung

□ Weitere Klinikaufenthalte oder Auffälligkeiten: _____

KRANKHEITEN:

□ häufige Infekte, welche? _____

□ Operation/en, welche? _____

□ Medikamente, Welche? _____

□ weitere Erkankungen/ Allergien: _____

UNTERSUCHUNGEN / FÖRDERMAßNAHMEN

□ Sozialpädiatrisches Zentrum □ Frühförderung □ Hörtest □ Sehtest

□ Logopädie □ Ergotherapie □ Physiotherapie

□ weitere Beratungsstellen/Sonstiges: _____

□ laufende Untersuchungen/ Behandlungen: _____

ENTWICKLUNG IHRES KINDES

In welchem Monat konnte ihr Kind:

Drehen ____ Sitzen ____ Krabbeln ____ Laufen ____

Kann Ihr Kind…?

□ frei laufen

□ rennen

□ Treppen steigen

□ hüpfen

□ selbstständig klettern

□ Fahrzeuge fahren; wenn ja, welche?

_____

□ schaukeln

□ greifen und loslassen

□ Bausteine stapeln

□ mit Matsch und Sand spielen

□ einen Ball zurollen

□ einen Ball werfen und fangen

□ Perlen auffädeln

□ malen

□ schneiden

Wie schmerzempfindlich ist Ihr Kind?

□ viel □ normal □ reagiert verzögert auf Schmerz

Lässt Ihr Kind Körperkontakt zu? □ nein □ ja □ viel □ wenig

Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? □ nein □ ja

Kann Ihr Kind ein Spiel oder eine Aufgabe zu Ende bringen? □ nein □ ja

Ist ihr Kind mutig? □ nein □ ja

Ist ihr Kind neugierig und interessiert? □ nein □ ja

Welche Lieblingsspiele hat Ihr Kind?

_____

Mit wem spielt Ihr Kind?

_____

Welche besonderen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Vorlieben hat Ihr Kind?

Hat Ihr Kind Hobbies? Wenn ja, welche?

Nutzt Ihr Kind Medien? Wenn ja, welche? Und wie lange?

_____

Bei welcher Alltagssituation ist Ihr Kind schon selbständig?

□ Waschen □ Anziehen □ Weg zum Kindergarten

□ Essen □ Trinken □ Schlafen

□ Toilettengang □ Sonstiges _____

Zeigt Ihr Kind auf Gegenstände/ Personen? □ nein □ ja

Nimmt Ihr Kind Blickkontakt auf? □ nein □ ja

Reagiert Ihr Kind auf seinen Namen? □ nein □ ja

Wird in Ihrer Familie mehrsprachig gesprochen? □ nein □ ja

Wenn ja, welches ist die Erstsprache? _____

Kann Ihr Kind Aufträge im Alltag verstehen? □ nein □ ja

Wann hat Ihr Kind angefangen zu sprechen? _____

Äußert sich Ihr Kind in?

□ Gesten □ Lauten □ Wörtern □ Sätzen

Kann Ihr Kind alle Laute aussprechen? □ nein □ja

Wenn nein, welche nicht? _____

Wird Ihr Kind von anderen Personen gut verstanden? □ nein □ ja

Spricht ihr Kind gerne und viel? □ nein □ ja

Ist Ihr Kind geräuschempfindlich? □ nein □ ja

Geht ihr Kind in den Kindergarten? □ nein □ ja

Wenn ja, seit wann und in welchen? _____

Von wem wird ihr Kind überwiegend betreut? _____

Gibt es weitere Kinder in der Familie?_____

Warum haben Sie Ihr Kind bei uns angemeldet?

Ort, Datum

Unterschrift

Ökumenische Kinder- und Jugendförderung e.V.

Verein zur Integration und Förderung von Menschen mit und ohne Behinderung

ÖKJ e.V. • Durschstraße 93 • 78628 Rottweil

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist und wichtig. Nach der EU- Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert und weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung:

   Sandra Weiß-Schilling
   Ökumenische Kinder- und Jungendförderung
   Durschstraße 93
   78628 Rottweil
   Tel.: 0741 942556 150

   Sie erreichen die zuständige Datenschutzkoordinatorin unter:

   Selina Klausmann
   Durschstraße 93
   78628 Rottweil
   Tel.: 0741 942556 100

2. Zweck der Datenverarbeitung

   Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsauftrag zwischen Ihnen und der Ökumenischen Kinder- und Jugendförderung und den damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

   Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten/ die Ihres Kindes, insbesondere die Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie/Ihr Kind in Behandlung ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen)

   Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung/ die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

   Wir übermitteln die personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.
   Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, die Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die Abrechnungszentren der Krankenkassen sein.

   Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen/Ihrem Kind erbrachten Leistungen und zur Klärung von sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.
   Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

   Wir bewahren die personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

   Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergebe.

5. Ihre Rechte

   Sie haben das Recht, über die Sie/Ihr Kind betreffenden Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

   Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

   Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihre Einverständniserklärung. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

   Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer/der Ihres Kindes personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

   Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

   Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Baden Württemberg
   Königstraße 10a
   70173 Stuttgart

6. Rechtliche Grundlagen

   Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

**Ökumenische Kinder-
und Jugendförderung e.V.**

Verein zur Integration und Förderung von
Menschen mit und ohne Behinderung

ÖKJ e.V. • Durschstraße 93 • 78628 Rottweil

Entbindung von der Schweigepflicht

betreffend ……., geb. am …….
Name Kind/Jugendlicher

Hiermit entbinde/n ich/wir
……,
Inhaber der elterlichen Sorge

Folgende Einrichtungen/Institutionen/Personen

*(Arzt)……

*……

*……

*……

*……

*……

von der Schweigepflicht im Verhältnis zueinander.

Die Entbindung der Schweigepflicht betrifft Angaben zu folgenden Punkten:

- Austausch über Entwicklungsstand des Kindes, familiäre Situation, Kindergartensituation, Berichte.

Die hiermit erteilte Befugnis zur Datenübermittlung dient folgendem Zweck/folgenden Zwecken:

- Befunderhebung, Antragstellung und Förderung.

Ich bin/wir sind darüber informiert, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit widerrufen oder beschränken kann/können.

……..
Ort, Datum

…….. ……..
Unterschrift Unterschrift

**Ökumenische Kinder-
und Jugendförderung e.V.**

Verein zur Integration und Förderung von
Menschen mit und ohne Behinderung

ÖKJ e.V. • Durschstraße 93 • 78628 Rottweil

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich/Wir

_____
(Vorname, Name)

Erkläre/n mich/uns einverstanden, dass in der Frühförderstelle die Patientendaten meines/unseres Kindes

_____
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

erhoben und verarbeitet werden. Ich/Wir wurde/n darauf hingewiesen, dass die Bestimmungen zum Datenschutz auf der Webseite der Ökumenischen Kinder- und Jugendförderung einzusehen sind,
ebenso im Wartebereich in der Frühförderstelle, Durschstr. 93, 78628 Rottweil.

Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt. Hierzu konnte/n ich/wir Rückfragen stellen.

- Über den Umfang und dir Art meiner Daten
- Über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- Über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich/unser Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

- mich/unser Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich/unser Kind behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

- eine Telefonnummer zum Zweck der Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung/Terminabsage gespeichert wird.

Es ist mir bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

☐ Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Informationen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

_____ _____
(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertreter)