## Einwilligungserklärung zum Datenschutz

**Name des Kindes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name des Elternteils \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig und unabhängig von der Behandlung Ihres Kindes. Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen (allerdings nicht rückwirkend).

Sind beide Elternteile sorgeberechtigt?

☐ ja ☐ nein Wenn nein, wer hat das alleinige Sorgerecht? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Darf über den Gesundheitszustandes Ihres Kindes mit beiden Elternteilen / Sorgeberechtigten geredet werden? ☐ ja ☐ nein Wenn nein, wer darf Auskunft erhalten? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein Kinderarzt/meine Kinderärztin meine Daten zu Behandlungszwecken mit   
anderen Leistungserbringenden (z.B. der Krankenkasse, Apotheke) austauscht.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Kinderärzt\*in Informationen zu Befunden und Behandlungen bei anderen Leistungserbringenden, bei denen mein Kind in Behandlung ist (z.B. Fachärzt\*innen, Ergotherapeut\*innen etc.) einholt und an diese weitergibt, wenn es für die Behandlung meines Kindes erforderlich ist. Meine Kinderärzt\*in wird diese Informationen nur zur Dokumentation und für die weitere Behandlung verwenden. Ich entbinde meine Kinderärzt\*in und die anderen Leistungserbringenden insofern von der Schweigepflicht.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass das Praxisteam Informationen mit den Berater\*innen des GeKo-Stadtteil-Gesundheits-Zentrums austauscht, sofern sie für die Gesundheit meines Kindes relevant sind.

☐ Ich möchte über **Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen** in unserem GeKo-Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln informiert werden.

☐ Meine Antworten dürfen **anonym** auch für **Forschung und Qualitätsentwicklung** im Geko-Stadtteil-Gesundheits-Zentrum genutzt werden.

**Bitte lesen Sie die ausliegenden Informationen zur Datenschutzverordnung.**

**Datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WILLKOMMEN IN DER BERG-HAFEN-PRAXIS!**

Kinder sind ein großes Glück und manchmal ist das Familienleben auch schwierig. Wir wollen Ihnen und Ihrem Kind zur Seite stehen. Da Sie heute zum ersten Mal bei uns sind, beantworten Sie bitte einige Fragen. So können wir Sie und Ihr Kind besser kennenlernen. Es gibt auch Fragen zu Ihrem Leben. Denn Gesundheit hat viele Gründe:

* Körperliche Gründe (z.B. Vorerkrankungen)
* Soziale Gründe (z.B. Arbeit)
* Psychische Gründe (z.B. Ängste)

Die Antworten sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Danke für Ihr Vertrauen!

Ich brauche bitte Hilfe beim Ausfüllen.  Please help me filling out the form.

## Grundinformationen

|  |  |
| --- | --- |
| Name Ihres Kindes |  |
| Geburtsdatum ihres Kindes |  |
| Geschlecht | Weiblich    Männlich    Divers    Bitte ansprechen mit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Sorgeberechtigte/r  Mutter Vater | Name:  Handy:  Festnetz:  E-Mail:  Alleiniges Sorgerecht: ð |
| 2. Sorgeberechtigte/r  Mutter Vater | Name:  Handy:  Festnetz:  E-Mail:  Beide sind sorgeberechtigt ð |
| Fragebogen ausgefüllt von |  |
| Adresse |  |
| Wieviele Kinder leben im Haushalt? |  |
| Welche Kita / Schule besucht das Kind? |  |
| Familiensprachen |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gespräche auf Deutsch sind für mich okay. | Ja | Nein | Las conversaciones en alemán están bien para mí. | Sí | No |
| Ich brauche Übersetzung in diese Sprache: | | | Almanca konuşmak benim için sorun değil. | Evet | Hayır |
| Conversations in German are okay for me. | Yes | No | Розмови німецькою мовою для мене є нормальними. | Так | Ні |
| لي محادثات باللغة الإنجليزية. | نعم | لا | Les conversations en allemand me conviennent. | Oui | Non |

## Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes (bitte kreuzen Sie die richtige Antwort an)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| War die Mutter während der Schwangerschaft krank? | Ja | Nein |
| Musste die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente nehmen? | Ja | Nein |
| Ist das Kind frühgeboren? | Ja | Nein |
| Musste das Kind schon einmal ins Krankenhaus? | Ja | Nein |
| Hatte das Kind schon einmal eine Operation? | Ja | Nein |
| Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ja | Nein |
| Hat das Kind Allergien? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ja | Nein |
| Ist das Kind nach offiziellen deutschen Empfehlungen (Stiko) geimpft? | Ja | Nein |
| Braucht das Kind Hilfsmittel und/oder hat es einen Behindertenausweis? | Ja | Nein |
| Wird das Kind von anderen Ärzten/Ärztinnen oder Therapeut\*innen behandelt?  Wenn ja, welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ja | Nein |
| Hat das Kind Probleme beim Atmen oder mit der Lunge? | Ja | Nein |
| Hat das Kind Probleme mit dem Essen oder der Verdauung? | Ja | Nein |
| Hat das Kind Probleme beim Wasserlassen? (z.B. Schmerzen, häufiges Urinieren) | Ja | Nein |
| Hat das Kind Probleme im Genitalbereich? | Ja | Nein |
| Hat das Kind Probleme mit dem Herz oder Kreislauf? | Ja | Nein |
| Hat das Kind Probleme mit Nerven oder Gehirn? (z.B. Krampfanfälle) | Ja | Nein |
| Hat das Kind Probleme mit der Schilddrüse oder hat es Diabetes oder andere hormonelle Krankheiten? | Ja | Nein |
| Hat das Kind Probleme mit Bewegung oder mit Knochen, Muskeln oder Gelenken? | Ja | Nein |
| Hat das Kind Hautprobleme? | Ja | Nein |
| Hat das Kind Probleme mit den Zähnen? | Ja | Nein |
| Hat das Kind Probleme mit dem Hören oder mit dem Sprechen? | Ja | Nein |
| Hat das Kind Probleme beim Schlafen? | Ja | Nein |
| Gibt es Krankheiten in der Familie (z.B. Diabetes, Krebs im jungen Alter)  Wenn ja welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ja | Nein |
| Gibt es Probleme beim Hören und/oder Sehen in der Familie? | Ja | Nein |
| Gibt es Personen im Haushalt, die rauchen? | Ja | Nein |
| Sind sie allgemein mit dem Gesundheitszustand Ihres Kindes zufrieden? | Ja | Nein |

## Fragen zum Gesundheitsverhalten

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie oft treibt Ihr Kind Sport? | täglich | 2-4x/Woche | 1x/Woche | selten |
| Wie oft nimmt Ihr Kind Süßigkeiten/süße Getränke zu sich? | täglich | 2-4x/Woche | 1x/Woche | selten |
| Wie oft nutzt ihr Kind Handy/Tablet/Fernseher/Laptop/…? | täglich | 2-4x/Woche | 1x/Woche | selten |

## Haben Sie aktuell Sorgen oder Fragen, die Sie gerne mit dem Arzt/der Ärztin besprechen möchten?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fragen zu Entwicklung und Wachstum | Ja | Nein |
| Fragen zu Sprachentwicklung | Ja | Nein |
| Fragen zu Verhalten, Spielverhalten und Schulleistung | Ja | Nein |
| Fragen zu Ernährung | Ja | Nein |
| Fragen zu Krankheiten oder häufige Schmerzen | Ja | Nein |
| Fragen zu einem anderen Thema, nämlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ja | Nein |

## Fragen zur Lebenssituation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Werden Sie von Behörden (z.B. Jugendamt) oder anderen Organisationen unterstützt?  Wenn ja welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ja | Nein |
| Sind Sie alleinerziehend? | Ja | Nein |
| Pflegen Sie eine andere Person? | Ja | Nein |
| Hat das Kind Schwierigkeiten zu spielen oder sich selbst zu beschäftigen? | Ja | Nein |
| Hat das Kind gleichaltrige Freund\*innen? | Ja | Nein |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie aktuell in den folgenden Lebensbereichen sind: | | | | |
| Freundeskreis | Zufrieden | Mittel | | Unzufrieden |
| Familie | Zufrieden | Mittel | | Unzufrieden |
| Wohnen | Zufrieden | Mittel | | Unzufrieden |
| Arbeit | Zufrieden | Mittel | | Unzufrieden |
| Finanzielle Situation | Zufrieden | Mittel | | Unzufrieden |
| Kinderbetreuung | Zufrieden | Mittel | | Unzufrieden |
| Machen Sie sich Sorgen, dass sich etwas davon negativ auf Ihr Kind auswirkt? | Nein | | Ja | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Leiden Sie oder Ihr Kind zurzeit unter … | Eltern: | | Kind: | |
| … Stress | Ja | Nein | Ja | Nein |
| … Ängste / Unruhe / Sorgen | Ja | Nein | Ja | Nein |
| … Müdigkeit / Erschöpfung | Ja | Nein | Ja | Nein |
| … Wutanfällen | Ja | Nein | Ja | Nein |
| … Ausgrenzung / Mobbing | Ja | Nein | Ja | Nein |
| … Diskriminierung (z.B. Rassismus) | Ja | Nein | Ja | Nein |
| … Konzentrationsstörungen | Ja | Nein | Ja | Nein |
| … Schlafstörungen | Ja | Nein | Ja | Nein |
| … Einsamkeit | Ja | Nein | Ja | Nein |
| … Gewalt | Ja | Nein | Ja | Nein |

Im Rahmen des **Geko-Stadtteil-Gesundheits-Zentrum** werden folgende Beratungen angeboten:

* Sozialberatung (Arbeit, Wohnen, Ämter, …)
* Gesundheits- und Pflegeberatung (Anträge, Krankenkasse, Pflege, Behandlungsplan, …)
* Familienberatung (Erziehung, Probleme mit Kindern und in der Familie, …)
* Psychologische Beratung für Erwachsene

Zu weiteren Themen beraten wir Sie gern in der Sprechstunde und vermitteln evtl. an geeignete Hilfestellen weiter, wenn Sie das möchten.

Sprechen Sie uns jederzeit gerne an, wenn Ihnen etwas auf dem Herzen liegt!