



Ambulanz:
Kerpener Str. 62
50937 Köln

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Jörg Dötsch
Sozialpädiatrisches Zentrum und Spezialambulanzen

Hinweis: Bitte bei Rückversand die Angabe der entsprechenden Ambulanz im Adressfeld eintragen!

Anmeldebogen

Familiename des Kindes:	Vorname des Kindes:	Geburtsdatum des Kindes
Straße:	Postleitzahl:	Ort:
Staatsangehörigkeit:	Geburtsort:	Geschlecht: weibl. männl. divers
Wer hat das Sorgerecht? Sonstige:	beide Eltern	nur Mutter nur Vater
Telefonnummern der Sorgeberechtigten:		
E-Mail-Adressen der Sorgeberechtigten:		
Krankenkasse/Krankenversicherung: Über wen ist das Kind versichert?		
Aktuelle Größe des Kindes (in cm):	Aktuelles Gewicht des Kindes (in kg):	
Wegen welcher Beschwerden stellen Sie Ihr Kind vor und seit wann bestehen diese Beschwerden?		
Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt? (Bitte die Befundkopien beifügen)		
Ist ihr Kind in Behandlung (Psychologisch, Psychiatrisch, andere Ambulanzen, andere SPZ)? (Bitte die Befundkopien beifügen)		
Wurde Ihr Kind bereits in einer Ambulanz der Kinderklinik der Uniklinik Köln vorgestellt? Nein Ja: Kinderdiabetologie Kinderendokrinologie Kindergastroenterologie Kindernephrologie Kinderonkologie und -hämatologie Kinderosteologie/-rheumatologie Kinderpneumologie/Allergologie/Mukoviszidose Neuro- und Sozialpädiatrie		
Hat Ihr Kind eine chronische/immer wiederkehrende Erkrankung? Ja Nein Wenn ja, welche und seit wann?		



Auszufüllen durch die behandelnde Kinderärztin bzw. den behandelnden Kinderarzt:

In welcher Ambulanz bzw. welchem Bereich des (interdisziplinären) Sozialpädiatrischen Zentrums soll die Anbindung erfolgen? (Zutreffende bitte ankreuzen)

Kindergastroenterologie Leiter: Priv.-Doz. Dr. Hünseler Telefon: 0221 478-32636 Telefax: 0221 478-81347 kindergastroenterologie@uk-koeln.de	
Kidernephrologie Leiter: Prof. Dr. Weber Telefon: 0221 478-42101 Telefax: 0221 478-5835 kindernephrologie@uk-koeln.de	
Kinderonkologie und -hämatologie Leiter: Prof. Dr. Simon Telefon: 0221 478-39939 Telefax: 0221 478-30861 kinderonkologie-ambulanz@uk-koeln.de	
Kinderpneumologie/Allergologie/Mukoviszidose Leiterin: Priv.-Doz. Dr. van Koningsbruggen-Rietschel Telefax: 0221 478-3507 kinderpneumologie@uk-koeln.de	
Neuro- und Sozialpädiatrie Leiter: Dr. Herkenrath Telefon: 0221 478-42156/-42157 Telefax: 0221 478-5189 spz@uk-koeln.de	
Hormon und Skeletterkrankungen Leiter: Prof. Dr. Semler Telefon: 0221 478-84747 Telefax: 0221 478-84741 kinderpoliklinik@uk-koeln.de	
<input type="checkbox"/>	Endokrinologie
<input type="checkbox"/>	Adiposilogie
<input type="checkbox"/>	Diabetologie
<input type="checkbox"/>	Rheumatologie
<input type="checkbox"/>	Osteologie
Name, Anschrift und Telefonnummer des überweisenden Arztes:	
Fachrichtung: Kinderärztin/Kinderarzt andere	

Grund der Vorstellung/Verdachtsdiagnose:



Wichtig!

Schweigepflichtentbindung

Hiermit gebe ich (Sorgeberechtigte/r)

mein Einverständnis zur Anforderung von ärztlichen und therapeutischen Befunden meiner Tochter/meines Sohnes/des Kindes

_____ geboren am _____

durch die Kinder- und Jugendmedizin der Uniklinik Köln.

Datum: _____

Eigenhändige Unterschrift der/des Sorgeberechtigten: _____

Einverständniserklärung

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden sind, dass das oben genannte Kind zur ambulanten Vorstellung im interdisziplinären Sozialpädiatrischen Zentrum/in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Uniklinik Köln zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.
Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Mit meiner/unserer Unterschrift/en erkläre ich/erklären wir für die Patientin/den Patienten personenberechtigt zu sein und auch im Namen etwaiger weiterer sorgeberechtigter Personen rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen, und dass diese mit der Anmeldung im interdisziplinären Sozialpädiatrischen Zentrum/in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Uniklinik Köln einverstanden sind.

Änderungen der Sorgeberechtigung betreffend, teile/n ich/wir der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Uniklinik Köln umgehend mit.

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden, um Informationen über das interdisziplinäre Sozialpädiatrische Zentrum/der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Uniklinik Köln zu erhalten.

Ich kann mein/Wir können unser Einverständnis jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen.

Einverstanden Ja Nein

Datum: _____

Eigenhändige Unterschrift der/des Sorgeberechtigten: _____

Hinweis: Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung des Kindes im interdisziplinären Sozialpädiatrischen Zentrum/in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Uniklinik Köln aus rechtlichen Gründen nicht möglich!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Anmeldebogen mit den Kopien der Befunde an uns zurück. Vielen Dank!