Sozialpädiatrisches Zentrum · Bühler Weg 24 · 55543 Bad Kreuznach

Familien- und Soziale Hilfen
Sozialpädiatrisches Zentrum

Bühler Weg 24
55543 Bad Kreuznach
Tel. 0671/605-2365
Fax 0671/605-2633
spz@kreuznacherdiakonie.de

ANMELDUNG IM SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTRUM BAD KREUZNACH

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Sie möchten Ihr Kind zur Untersuchung im Sozialpädiatrischen Zentrum der Stiftung kreuznacher diakonie anmelden.

Um die Abläufe zu vereinfachen, bitten wir Sie, die folgenden **zwei** Dokumente:

1. **Anmeldebogen und**
2. **Antrag auf nichtmedizinische Leistungen der Komplexleistung**

vollständig auszufüllen.

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Schritte:

Schritt 1:

- Füllen Sie den nachfolgenden **Anmeldebogen** aus und **unterschreiben** Sie die Erklärung zur elterlichen Sorge und die Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung

Schritt 2:

- Wenn ihr Kind einen gesetzlichen **Vormund** hat, lassen Sie diesen bitte **unterschreiben**

Schritt 3:

- Machen Sie einen **Termin** bei Ihrem **Kinder- oder Hausarzt** aus, damit dieser die Notwendigkeit einer SPZ-Behandlung mit Ihnen gemeinsam überprüfen kann. Legen Sie ihm den ausgefüllten Anmeldebogen vor und bitten Sie ihn, auf der letzten Seite eine Verdachtsdiagnose zu vermerken und zu **unterschreiben**

Schritt 4:

- **Beide sorgeberechtigten Elternteile** unterschreiben den von Ihnen ausgefüllten Antrag auf nichtmedizinische Leistungen der Komplexleistung sowie die Datenschutzerklärung
- Nur bei alleinigem Sorgerecht unterschreibt **ein Elternteil.**
  Die Sorgerechtsbescheinigung (Negativbescheinigung) in Kopie **muss** in diesem Fall dem Anmeldebogen **beigefügt werden.**

Stiftung kreuznacher diakonie
Kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts
Ringstraße 58 · 55543 Bad Kreuznach
UST-IdNr. DE 148089343

Vorstand
Pfr. Prof. Dr. Holger Böckel
Andreas Heinrich

Spendenkonto
IBAN DE50 1006 1006 1006 1006 40
BIC GENODED1KDB
Bank für Kirche und Diakonie eG – KD-Bank

- Die vorläufige Einschätzung nach SGB IX bzw. SGB VIII (oberer Abschnitt des Antrags) übernimmt der Arzt im Erstkontakt[1]. Sie geben die Daten im Tabellenteil ein und unterschreiben an den vorgesehenen Stellen. Andernfalls ist eine Vorstellung im SPZ Bad Kreuznach nicht möglich

Schritt 5:

- Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Dokumente

  1. **Anmeldebogen** und
  2. **Antrag auf nichtmedizinische Leistungen der Komplexleistung**

  anschließend per Post an folgende Adresse:

Familien- und Soziale Hilfen
Sozialpädiatrisches Zentrum Bad Kreuznach (SPZ)
Bühler Weg 24
55543 Bad Kreuznach

Bei Schwierigkeiten oder Fragen helfen wir Ihnen gerne im Untersuchungstermin weiter.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin einen Dolmetscher mit, falls Sie sich auf Deutsch nicht ausreichend verständigen können.

WICHTIGE INFORMATION

- Sollte es für Ihr Kind bereits Vorbefunde geben (z.B. Krankenhaus- und/oder Therapieberichte, Arzt- und/oder Laborbefunde), fügen Sie diese dem Anmeldebogen in Kopie bei. Dies ist für den behandelnden Arzt vorab sehr hilfreich
- Die weitere Bearbeitung Ihrer Anmeldung ist nur mit vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Dokumenten möglich
- Unser Anspruch ist es, Ihnen so schnell wie möglich einen Termin für Ihr Kind in unserer Einrichtung anzubieten. Leider können wir diesem Anspruch aufgrund der Fülle an Anfragen derzeit nicht wie gewünscht nachkommen. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass die Terminvergabe nicht nach dem Eingangsdatum des Fragebogens erfolgt. Wir werten Ihre Angaben aus und können so die Dringlichkeit, Komplexität des Falles, Alter des Kindes und Vorentwicklung einschätzen. Dann vergeben wir für Ihr Kind einen Termin

Vielen Dank im Voraus für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Susanne Metzger
Leitende Ärztin

Dr. med. Elke Eich
Leitende Ärztin

[1] Erläuterungen zum Antrag auf nichtmedizinische Leistungen der Komplexleistung

- Zum 01.10.2023 ist eine neue Landesrahmenvereinbarung (LRV) in Kraft getreten. Diese Vereinbarung gilt zwischen den Sozialpädiatrischen Zentren mit Frühförderung, den gesetzlichen Krankenversicherungen und dem Städte- und Landkreistag in Rheinland-Pfalz. In der Vereinbarung wird die Erbringung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsstörung oder -gefährdung geregelt (§§ 118, 43a SGB V, § 46 Abs. 4 SGB IX i.V.m. § 2 Abs. 2 FrühV)

Anmeldebogen					
1. Angaben zum Patienten					
Vor- und Nachname d. Kindes					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich	☐ andere		
Staatsangehörigkeit					
PLZ/Wohnort					
Straße, Hausnummer					
Kreiszugehörigkeit					
Wohnhaft bei	☐ Eltern	☐ Mutter	☐ Vater	☐ Pflegeeltern	☐ Kinderheim
Wohnhaft seit					
Aufenthaltstitel	☐ ja - *Bitte fügen Sie eine Kopie der Aufenthaltserlaubnis bei.*				
Name u. Anschrift der Krankenversicherung					
Versichertennummer des Kindes					
Art der Krankenversicherung	☐ Gesetzlich	☐ Privat	☐ Sozialamt		
Hauptversicherte(r)		Geb.datum			
Anschrift u. Telefon-nr. der Kita/Schule					
2. Regelungen der elterlichen Sorge					
Das Sorgerecht für dieses Kind liegt bei	☐ beiden Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstiges* (*Bei Pflegekindern bitte die Anlage 2a ausfüllen)				
Alleiniges Sorgerecht	*Bei alleinigem Sorgerecht, fügen Sie bitte den entsprechenden Nachweis bzw. die Geburtsurkunde bei.*				
Kindschaftsverhältnis	☐ leibliches Kind	☐ Pflegekind	☐ Adoptivkind		
Familienstand	☐ verheiratet	☐ getrennt	☐ geschieden	☐ Lebenspartnerschaft	
Wer unterstützt Sie?	☐ Großeltern ☐ Andere	☐ Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) Name: Telefon:			
Verwandtenehe	☐ ja	☐ nein			

	Sorgeberechtigte Mutter	Sorgeberechtigter Vater
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		
Telefon / Mobil		
Email		
Staatsangehörigkeit		
Herkunftsland		
Muttersprache		
In Deutschland seit		
Schulabschluss		
Beruf		
Arbeitgeber		

3. Erklärung zur elterlichen Sorge

Mit meiner/unseren Unterschrift/en erkläre ich/erklären wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir dem Sozialpädiatrischen Zentrum Bad Kreuznach umgehend mit.

Bei getrenntlebenden Eltern und gemeinschaftlichem Sorgerecht versichere ich, dass der andere Elternteil mit der Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum Bad Kreuznach einverstanden ist.

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum Bad Kreuznach zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird (einschließlich fachlichem Austausch aller an der Behandlung Ihres Kindes beteiligten SPZ-Mitarbeitenden).

_____

Datum und eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

_____

Bei Pflegekindern: *Datum und eigenhändige Unterschrift/-en des gesetzlichen Vormundes/ des Inhabers der Gesundheitsfürsorge*

HINWEIS:

Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum Bad Kreuznach aus rechtlichen Gründen nicht möglich! Bei Pflegeverhältnissen müssen bei Untersuchung des Kindes alle Unterlagen über Befugnisse der Pflegeeltern vorgelegt werden.

4. Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung

Als Sorge-/Erziehungsberechtige(r) oder gesetzlicher Vormund erkläre(n) ich mich / wir uns damit einverstanden, dass die Daten des oben genannten Kindes aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Vertrag mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum Bad Kreuznach und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen, gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Wir nutzen zudem Ihre Kontaktdaten für die gegenseitige Kontaktpflege und Information.

Ebenso geben Sie als Sorgeberechtigte mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis, dass der/die zuweisende Arzt*in die jeweiligen Behandlungsberichte erhält. Bei einem Wechsel Ihres Kinder- oder Hausarztes bitten wir um Ihre zeitnahe Mitteilung.

Sie erklären sich darüber hinaus damit einverstanden, dass ggf. Ton- und Bildaufnahmen, die im Rahmen der Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes gemacht werden, für den internen SPZ-Gebrauch verwendet werden dürfen.

Durch die speichernde Stelle wurde ich / wurden wir zuvor auch darauf hingewiesen, dass im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen eine Übermittlung der personenbezogenen Daten an andere Stellen, z. B. im Rahmen der Zusammenarbeit mit kommunalen Kostenträgern erfolgen kann, soweit dies zur Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Widerrufsmöglichkeit:

Die Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung kann jederzeit, ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Mir / uns ist bekannt, dass eine Behandlung ab dem Zeitpunkt des Widerrufs nicht mehr möglich ist.

_____

Datum und eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

_____

Bei Pflegekindern: *Datum und eigenhändige Unterschrift/-en des gesetzlichen Vormundes/ des Inhabers der Gesundheitsfürsorge*

2a Anlage: (Bitte diese Seite nur für Kinder in Pflegefamilien ausfüllen!)		
Hat das Kind einen gesetzlichen **Vormund**?		
Name/Vorname		
Jugendamt/PLZ/Ort		
Telefon		
Fax		
Email		
Zuständigkeit beim **Pflegekinderdienst**:		
Name/Vorname		
Jugendamt/PLZ/Ort		
Telefon		
Fax		
Email		
Bei **Ergänzungspflegschaften**: Welche Person übt die Gesundheitsfürsorge aus?		
Name/Vorname		
Jugendamt/PLZ/Ort		
Telefon		
Fax		
Email		
Welche Person übt das Recht zur **Beantragung von Sozialleistungen** aus?		
Name/Vorname		
Jugendamt/PLZ/Ort		
Telefon		
Fax		
Email		
Leibliche Familie des Kindes:		
	Mutter	Vater
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße, Hausnummer		
Telefon/Fax/Email		

5. Grund der Anmeldung

Was ist der **Vorstellungsgrund**? Für welche Probleme Ihres Kindes suchen Sie Hilfe?
Eine ausführliche Beschreibung aller Schwierigkeiten/Auffälligkeiten ist unbedingt notwendig.

Auf welchem Gebiet bestehen **Schwierigkeiten** oder **Auffälligkeiten**?

☐ Motorik	☐ Verhalten	☐ Hör- u. Sehvermögen
☐ Wachstum	☐ Sprache	☐ Geistige Entwicklung
☐ Schlafverhalten	☐ Ernährung	☐ Sauberkeitsentwicklung
☐ Schulleistungen	☐ Sonstiges:	

Wann beobachteten Sie die genannten Schwierigkeiten/Auffälligkeiten zum ersten Mal?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente, Inhalationssprays oder andere Präparate ein?

☐ ja; welche?	☐ nein

Welche **Hilfsmittel** benötigt Ihr Kind?

☐ Brille	☐ Hörgerät	☐ Einlagen
☐ Rollstuhl	☐ Gehhilfen	☐ Orthesen

6. Fragen zur Schwangerschaft und Geburt

Bestanden während der **Schwangerschaft** eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Störungen?

☐ Blutungen	☐ Vorzeitige Wehen	☐ Infektionen
☐ Alkoholkonsum	☐ Zigaretten (___ Stück/Tag)	☐ Diabetes
☐ Operationen	☐ Ödeme (Wassereinlagerungen)	☐ Erhöhter Blutdruck

☐ Seelische Belastungen:

☐ Medikamente:

Der wievielten Schwangerschaft entstammt Ihr Kind?				
Gab es Fehl- oder Totgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?			☐ ja	☐ nein
Die **Geburt** erfolgte	☐ Zuhause	☐ Klinik; wo?		
	in der SSW:			
Bestanden Komplikationen während der Geburt?		☐ ja; welche?		☐ nein
Angaben zum **Neugeborenen**				
Länge (cm)	Geburtsgewicht (in Gramm)		Kopfumfang (cm)	
Nabelschnur-pH	APGAR		Base Excess (BE)	
Wurde Ihr Kind gestillt?	☐ nein	☐ ja	Wie lange?	
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Saugen? Beim Kauen?			☐ nein	☐ ja
War Ihr Kind ein „Schreibaby“?			☐ nein	☐ ja

7. Fragen zur frühkindlichen Entwicklung

Wann hat Ihr Kind die folgenden „**Meilensteine**“ erreicht?

	Alter		Alter
Sie bewusst anlächeln		Tagsüber trocken	
Gezieltes Greifen		Nachts trocken	
Sich alleine hinsetzen		Dreirad fahren (Pedale treten)	
Krabbeln		Radfahren ohne Stützräder	
Erste Worte sprechen		Schwimmen	
Zwei-Wort-Sätze sprechen		Freies Laufen	
Hat Ihr Kind gefremdelt?	☐ ja	Wann?	☐ nein

8. Fragen zu Vorerkrankungen, bisheriger Diagnostik und Therapie

Hatte Ihr Kind bereits folgende **Erkrankungen**?

☐ Hauterkrankung	☐ Mittelohrentzündung	☐ Lungenentzündung
☐ Masern	☐ Windpocken	☐ Asthma/ Pseudokrupp
☐ Fieberkrämpfe/ Epileptische Anfälle		☐ Sonstiges:

Hat Ihr Kind alle empfohlenen **Impfungen**?

☐ ja	☐ nein; welche nicht:

Ist eine **Allergie/Unverträglichkeit** gegen Medikamente, Nahrungsmittel oder andere Stoffe bekannt?			
☐ ja; welche?			☐ nein
War Ihr Kind schon stationär (über Nacht) **im Krankenhaus**?			
☐ nein	☐ ja	Wo?	
		Wann? Weshalb?	

Wurden folgende **Untersuchungen** durchgeführt?			
Was?	Wo?	Wann?	Auffälligkeiten? Welche?
☐ Sehtest			
☐ Hörtest			
☐ EEG			
☐ EKG			
☐ MRT/CCT			
☐ Orthopädische Vorstellung			

Wurde Ihr Kind schon einmal im **SPZ Bad Kreuznach** untersucht/behandelt?	☐ nein	
	☐ ja; wann?	
Wurde Ihr Kind deshalb schon **anderweitig** untersucht/behandelt?	☐ ja	☐ nein

Falls ja, wo haben Sie Ihr Kind bereits wegen der genannten Schwierigkeiten / Auffälligkeiten vorgestellt oder behandeln lassen? **Bisherige Therapien**?		
Wo?	**Name**	**Wann? (Jahr, Zeitraum)**
Anderes SPZ		
Fachärzt*innen		
Kurklinik/Klinik		
Therapeutische Behandlung	☐ Ergotherapie	
	☐ Physiotherapie	
	☐ Logopädie	
Psycholog*innen		
Heilpädagog*innen		

9. Fragen zum Sozialrecht		
Hat Ihr Kind einen **Behindertenausweis**?		
☐ nein ☐ ja	Grad der Behinderung: %	Merkzeichen:
Beziehen Sie **Pflegegeld**?		
☐ nein ☐ ja	Pflegegrad:	

10. Fragen zu Interessen/ Fähigkeiten/ Spielverhalten		
Womit beschäftigt sich Ihr Kind in seiner freien Zeit?		
Besucht Ihr Kind eine Sportgruppe, Musikschule oder andere regelmäßige Gruppen?	☐ nein	☐ ja; welche und wie oft?
Schaut Ihr Kind Fernsehen oder spielt mit PC/ Handy/ Notebook/ Spielekonsole?	☐ nein	☐ ja; wie viele Stunden pro Tag? _____
Welche besonderen Stärken, Begabungen, Interessen hat Ihr Kind?		
Kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen? Wie lange?	☐ nein	☐ ja

11. Fragen zu Kindergarten/Schule			
Kindergarten	Name	In welchem Alter?	Betreuungszeit von…bis…
☐ Regelkindergarten			
☐ Integrativer / (Förder-)kindergarten			
Gab/Gibt es Probleme bei der Eingewöhnung? Sonstige Probleme?			

Hatte/ Hat Ihr Kind eine Integrationshilfe?					
☐ ja; wann?			☐ nein		
Schule	Name	Klassen-stufe	Klassen-größe	Hort/Ganztags-Betreuung	
☐ (Regel-) Grundschule				☐ ja	☐ nein
☐ Schwerpunkt- oder Förderschule				☐ ja	☐ nein
☐ weiterführende Schule				☐ ja	☐ nein
Gibt es Leistungsprobleme? Probleme im Lesen, Schreiben oder Rechnen?					

12. Fragen zur Familienvorgeschichte

Sind in Ihrer Familie **chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten** (z. B. Schilddrüsenerkrankungen, Zuckerkrankheit, Allergien, Lernstörungen, psychische Erkrankungen, Behinderungen, Fieberkrämpfe, Epilepsien) bekannt?

☐ nein	☐ ja	Welche?
		Bei wem? (Geschwister s.u.):

Sind die Eltern blutsverwandt?	☐ ja	☐ nein

13. Geschwisterkinder

Vor- und Nachname	Geschlecht			Geburtsdatum	Leibliches Kind von	
	♀	♂	♀ ♂		Mutter	Vater
	☐	☐	☐		☐	☐
	☐	☐	☐		☐	☐
	☐	☐	☐		☐	☐
	☐	☐	☐		☐	☐

Gab/Gibt es bei einem der Geschwisterkinder Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen? Wenn ja, welche und bei wem?

Wurde eines oder mehrere Geschwisterkinder schon einmal in unserem SPZ behandelt? Wenn ja, wann und bei wem?

14. Fragen zur sozialen Situation und Verhalten Ihres Kindes

Wer betreut(e) Ihr Kind vorwiegend?		
Lebte Ihr Kind zeitweise außerhalb Ihrer Familie?	☐ nein	☐ ja; wo? Wie lange?
Wie viele Personen leben in ihrem Haushalt?		
Gab es Trennungen oder Verluste von wichtigen Bezugspersonen?	☐ nein	☐ ja; welche?
Mit Kindern welchen Alters spielt ihr Kind bevorzugt?		

Liegen bei Ihrem Kind folgende **Verhaltensauffälligkeiten/Störungen** vor?

Einnässen	☐ nein	☐ ja
Einkoten	☐ nein	☐ ja
Störung der Nahrungsaufnahme	☐ nein	☐ ja
Einschlaf-/ Durchschlafstörung	☐ nein	☐ ja
Schmerzen	☐ nein	☐ ja; welche?
Nägelkauen	☐ nein	☐ ja
Stottern	☐ nein	☐ ja

Tics (z.B. häufiges Augenzwinkern)	☐ nein	☐ ja
Unkonzentriertheit	☐ nein	☐ ja
Überaktivität (Kind ist ständig in Bewegung)	☐ nein	☐ ja
Hohe Risikobereitschaft	☐ nein	☐ ja
Aggressives Verhalten	☐ nein	☐ ja
Häufige Wutausbrüche	☐ nein	☐ ja
Starke Stimmungsschwankungen	☐ nein	☐ ja
Destruktives Verhalten (z.B. mutwilliges Zerstören von Spielzeug)	☐ nein	☐ ja
Distanzlosigkeit	☐ nein	☐ ja
Kontaktstörungen (z.B. sozialer Rückzug)	☐ nein	☐ ja
Ängstlichkeit	☐ nein	☐ ja
Geringes Selbstvertrauen	☐ nein	☐ ja
Extreme Eifersucht	☐ nein	☐ ja
Extreme Geschwisterrivalität	☐ nein	☐ ja
Haare ausreißen	☐ nein	☐ ja
Selbstverletzung (z.B. Kopfschlagen)	☐ nein	☐ ja
Sexuelle Auffälligkeiten	☐ nein	☐ ja
Sonstiges:		
Was möchten Sie uns noch mitteilen:		

15. Abschließende Bemerkungen		
Der Anmelde- und Anamnesebogen wurde ausgefüllt von:		
Ggf. unter Hilfe/Mitwirkung von Person/Institution:		
Können Sie einen Termin bei uns im SPZ auch kurzfristig (innerhalb von 1-24h) wahrnehmen? (falls eine andere Familie kurzfristig absagt)	☐ nein	☐ ja
Verdachtsdiagnose des überweisenden Kinder-, Jugend- oder Hausarzt		
Bitte Stempel und Unterschrift des überweisenden Arztes		

Antrag auf nichtmedizinische Leistungen der Komplexleistung Frühförderung
aufgrund vorläufiger Einschätzung nach

☐ SGB IX bzw.

☐ SGB VIII

☐ Anlage**: Förderplan / Anamnese**

☐ **Förderplan / Anamnese wird nachgereicht**

Familien- und Soziale Hilfen
Sozialpädiatrisches Zentrum

Leitende Ärztinnen
Dr. med. Elke Eich
Dr. med. Susanne Metzger

Bühler Weg 24
55543 Bad Kreuznach
Tel. 0671 / 605 - 2365
Fax 0671 / 605 - 2633
spz@kreuznacherdiakonie.de

Name, Vorname des Kindes	☐ Junge ☐ Mädchen ☐ Divers	Geb. Datum
Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, Kreis	dort wohnhaft seit:	Staatsangehörigkeit
Das Kind lebt ☐ in einer Pflegefamilie ☐ in einer Einrichtung		
Name der Pflegeeltern / der Einrichtung	Kontakt (Telefon)	Ggf. Ansprechpartner
Anschrift		

Name; Vorname der Mutter	Name, Vorname des Vaters
Geb.-Datum der Mutter	Geb.-Datum des Vaters
Straße, Haus-Nr.	Straße, Haus-Nr.
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort
Telefon mit Vorwahl	Telefon mit Vorwahl
E-Mail	E-Mail
Beruf	Beruf
Anschrift des Arbeitgebers	Anschrift des Arbeitgebers

Krankenversicherung über ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Sonstige:	
Anschrift der Krankenkasse und Versicherungsnummer	
Anspruch auf Beihilfe 1 (Mutter) ☐ nein ☐ ja	Anspruch auf Beihilfe 1 (Vater) ☐ nein ☐ ja
Zuständige Beihilfestelle, Anschrift	Zuständige Beihilfestelle, Anschrift
Anschrift des Kindergartens /der Schule/ der Tagesstätte	
Inhaber der elterlichen Sorge ist	
☐ Eltern gemeinsam ☐ Mutter alleine ☐ Vater alleine ☐ Dritte (Vormund/Pfleger)	ggf.: Vormund/Pfleger ist: (Anschrift und Ansprechpartner)
Ist die Förderung auf ein entschädigungspflichtiges Ereignis zurückzuführen? ☐ nein ☐ ja / zuständige Stelle, Anschrift	

,

Ort, Datum Unterschrift gesetzlicher Vertreter Unterschrift gesetzlicher Vertreter

1) Leistungen der Eingliederungshilfe sind gegenüber Leistungen anderer Leistungsträger nachrangig

Vollmacht des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht

Name des Kindes Geburtstag

Ich bevollmächtige die Mutter/ den Vater des Kindes einen Antrag auf Leistungen der Frühförderung bei dem zuständigen Jugend- bzw. Sozialamt zu stellen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Entscheidung des/der Kostenträger über den Antrag dem Bevollmächtigten übermittelt wird.

Besonderheiten:

,

Ort, Datum Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben des Trägers der Eingliederungshilfe im Rahmen der Frühförderung nach §§ 67a,67b und 67d SGB I in Verbindung mit §§ 42,46,109,113 SGB IX sowie der Frühförderverordnung (FrühV) vom 24.06.2003, zuletzt geändert am 23.12.2016, erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen zum Beispiel bei den Leistungsansprüchen führen. Die Daten werden für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und anschließend gelöscht.

Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DGSVO i.V.m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DGSVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 EU-DGSVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 EU-DGSVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DGSVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Träger der Eingliederungshilfe die im Rahmen der Bearbeitung meines Antrags auf Eingliederungshilfe erforderlichen Unterlagen und Informationen sowie Gutachten und Stellungnahmen bei Bedarf

- bei meiner Kranken- / Pflegekasse,
- dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung,
- dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen,
- bei den Sozialleistungsträgern nach dem Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I),
- sowie anderen Trägern der Eingliederungs-, Jugend- und Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes, Achtes und Zwölftes Buch

und dem gewählten Leistungserbringer einholen kann, sowie meine zur Bearbeitung erforderlichen Daten an die entsprechende Stelle weiterleitet.

Gleiches gilt auch im Falle einer privaten Krankenversicherung, privaten Altersvorsorge oder einer sonstigen privaten Versicherung gegenüber diesem Versicherungsunternehmen, soweit dies für die Bearbeitung des Antrags auf Eingliederungshilfe erforderlich ist.

Diese Einwilligungserklärung entbindet mich nicht von den mir obliegenden Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten in Bezug auf einen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe.

_____ ,

Ort, Datum — Unterschrift (Sorgeberechtigte/r des Kindes)