



**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)

	<b>Kinderdiabetologie</b>   Leiter: Prof. Dr. Schönau Telefon: 0221 478-84747      Telefax: 0221 478-84741      kinderpoliklinik@uk-koeln.de
	<b>Kinderendokrinologie</b>   Leiter: Prof. Dr. Schönau Telefon: 0221 478-84747      Telefax: 0221 478-84741      kinderpoliklinik@uk-koeln.de
	<b>Kinderadipositas-Ambulanz</b>   Leiter: Prof. Dr. Schönau Telefon: 0221 478-84747      Telefax: 0221 478-84741      kinderpoliklinik@uk-koeln.de
	<b>Kindergastroenterologie</b>   Leiter: Priv.-Doz. Dr. Hünseler Telefon: 0221 478-32636      Telefax: 0221 478-81347      kindergastroenterologie@uk-koeln.de
	<b>Kidernephrologie</b>   Leiter: Prof. Dr. Weber Telefon: 0221 478-42101      Telefax: 0221 478-5835      kidernephrologie@uk-koeln.de
	<b>Kinderonkologie und -hämatologie</b>   Leiter: Prof. Dr. Simon Telefon: 0221 478-39939      Telefax: 0221 478-30861      kinderonkologie-ambulanz@uk-koeln.de
	<b>Kinderosteologie/-rheumatologie</b>   Leiter: Prof. Dr. Semler Telefon: 0221 478-84747      Telefax: 0221 478-84741      osteocenter-koeln@uk-koeln.de
	<b>Kinderpneumologie/Allergologie/Mukoviszidose</b>   Leiterin: Priv.-Doz. Dr. van Koningsbruggen-Rietschel Telefax: 0221 478-3507      kinderpneumologie@uk-koeln.de
	<b>Neuro- und Sozialpädiatrie</b>   Leiter: Dr. Herkenrath Telefon: 0221 478-42156/-42157      Telefax: 0221 478-5189      spz@uk-koeln.de
Name, Anschrift und Telefonnummer des überweisenden Arztes:	
Fachrichtung: <input type="checkbox"/> Kinderärztin/Kinderarzt <input type="checkbox"/> 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/unsere(r) 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!**