

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich um eine Untersuchung im SPZ Hören, Sprache, Stimme und Schlucken / Klinik für Audiologie und Phoniatrie bemüht. Wir danken für Ihr Vertrauen und freuen uns, Sie behandeln zu dürfen. Um den Zeitpunkt und die Dauer der Untersuchung im Interesse Aller möglichst gut bestimmen zu können, bitten wir Sie, diesen und den beiliegenden Fragebogen möglichst sorgfältig auszufüllen und an uns zurückzuschicken. Die Angabe Ihrer Telefonnummer ist für uns sehr hilfreich, um Ihnen möglicherweise auch kurzfristig einen Termin zu übermitteln. Ohne die an uns zurückgeschickten Fragebögen können wir Ihnen leider keinen Untersuchungstermin nennen.

In unserem Fachgebiet besteht teilweise sehr großer diagnostischer Aufwand. Planen Sie bitte für den Untersuchungstag einige Stunden Zeit für Untersuchungen und Beratung in unserer Klinik ein!

Da sich in unserer Ambulanz außerdem täglich sehr viele Patienten anmelden, ist eine Wartezeit auf den Untersuchungstermin von mehreren Monaten meistens nicht zu umgehen. Umso wichtiger sind Ihre Angaben auf den Fragebögen, um die krankheits- oder störungsabhängige Dringlichkeit beurteilen zu können. Bitte lassen Sie den Bogen auf Seite 3 von Ihrem Kinderarzt ausfüllen und unterschreiben. Die umseitig genannten niedergelassenen Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie werden Ihnen ggf. auch weiterhelfen können.

Vielen Dank für Ihre Hilfe

## Angaben zum Patienten

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Personenstand: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Hauptversicherten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

Anschrift mit Telefon-Nr. (falls nicht gleiche Anschrift wie oben): \_\_\_\_\_

W 1.1 FO 15	Version 7	Letzte Überprüfung: 15.05.2017	Erstellt: Ko
Seite 1 von 4	Freigabe am: 15.05.2017	Nächste Überprüfung: 15.05.2018	Geprüft: Ko
			Freigegeben: Ko

# Fragebogen für Terminvergabe und Behandlungsplanung im SPZ Hör- und Sprachstörungen

(Bitte Zutreffendes ankreuzen oder ergänzen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

1) Welche der genannten Beschwerden / Störungen steht im Vordergrund oder werden vermutet?

## Stimmstörung

- Stimmstörung seit Geburt
- Stimmstörung seit dem Kindesalter
- Andere Stimmstörung:

## Sprach- und Sprechstörung

- Ausbleibende oder verzögerte Sprachentwicklung bei Kindern
- Störung des Redeflusses (z. B. Stottern oder Poltern)
- Störung der Artikulation
- Näseln (z. B. bei/nach Lippen-Kiefer-Gaumenspalte)
- Andere Sprach- oder Sprechstörung:

## Hörstörung

- Verdacht auf gravierende Hörstörung im Kindesalter
- Akute Hörverschlechterung
- Schon länger bestehende Hörstörung
- Ohrgeräusch
- Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung / Lese-Rechtschreibstörung  
In welcher Klasse ist Ihr Kind aktuell? \_\_\_\_\_
- Andere Hörstörung:

## Sonstige Erkrankungen

- Ess-, Kau- oder Schluckstörung
- Autismus
- Andere Beschwerden:

2) Seit wann besteht oder vermuten Sie o. g. Erkrankung?

3) Ist deswegen bisher eine Untersuchung/Behandlung bereits vorgenommen worden?

- Nein  Ja

4) Wenn die 3. Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, wo und wann ist die Untersuchung/ Behandlung vorgenommen worden? \_\_\_\_\_

5) Haben sich die Beschwerden seither verändert?

- Beschwerden haben zugenommen
- Beschwerden sind gleich geblieben
- Beschwerden sind geringer geworden

6) Tragen Sie Hörgeräte?

- Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_

7) Welche anderen schwerwiegenden Erkrankungen bestehen zusätzlich (z. B. Intelligenzminderung, Lernbehinderung, Aufmerksamkeitsdefizit)? \_\_\_\_\_

W 1.1 FO 15	Version 7	Letzte Überprüfung: 15.05.2017	Erstellt: Ko
Seite 2 von 4	Freigabe am: 15.05.2017	Nächste Überprüfung: 15.05.2018	Geprüft: Ko Freigegeben: Ko

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

warum ist eine Vorstellung im SPZ Hören, Sprache, Stimme, Schlucken aus Ihrer Sicht notwendig?

---

---

---

---

---

---

---

---



Datum: \_\_\_\_\_ Stempel Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

---

## Niedergelassene Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie in Berlin

Name	Anschrift	Telefon
Dipl.-Med. Peter Fehland	Reichenberger Straße 3 13055 Berlin-Hohenschönhausen	9 71 52 09
Prof. Dr. O. König	Weinbergsweg 1 10119 Berlin-Mitte	4 49 03 30
Dr. med. Kathrin Mahlstedt / Dr. med. K. Nubel	Reichsstraße 108 14052 Berlin-Charlottenburg	3 05 70 23
Dr. med. Cornelia Mühler	Fröbelstraße 15 10405 Berlin-Prenzlauer Berg	49 85 51 55
Dr. med. W. Renner	Tempelhofer Damm 139 12099 Berlin-Tempelhof	751 40 64
Dr. med. G. Wohlt	Fasanenstraße 70 10719 Berlin-Charlottenburg	31 50 76 55
Prof. Dr. Saskia Rohrbach	Potsdamer Chaussee 80 14129 Berlin / Rheinsteinstraße 1 10318 Berlin	322 940 90/  50 90 40 6

W 1.1 FO 15	Version 7	Letzte Überprüfung: 15.05.2017	Erstellt: Ko
Seite 3 von 4	Freigabe am: 15.05.2017	Nächste Überprüfung: 15.05.2018	Geprüft: Ko Freigegeben: Ko

Einverständniserklärung Terminerinnerung	Campus: CVK	 
	Sozialpädiatrisches Zentrum	

Patientenname:  
Vorname:  
Geburtsdatum:

Liebe Patienten, liebe Sorgeberechtigte,

um Ihnen den Alltag ein wenig zu erleichtern wollen wir Ihnen ca. eine Woche vor dem vereinbarten Termin bei uns in der Ambulanz eine Erinnerung per SMS anbieten, vorausgesetzt, Sie sind einverstanden, dass wir Ihre Mobilfunknummer notieren. Wir versichern Ihnen, dass wir die von Ihnen angegebene Mobilfunknummer nur für diesen SMS – Versand verwenden werden und diese so speichern, dass ein Unbefugter keinen Zugang zu dieser Nummer und der Zuordnung zu Ihrer Person erhalten wird.

Die Angabe ihrer Mobilfunknummer ist selbstverständlich freiwillig und bei Nichtangabe entstehen Ihnen keine Nachteile bezüglich der Behandlung. Sie haben jederzeit das Recht, Ihr Einverständnis zurückzunehmen und wir werden dann unverzüglich die Löschung der Mobilfunknummer vornehmen.



Prof. Dr. Angela M. Kaindl  
Ärztl. Leiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ)

## Einverständnis

**Ich bin mit einer SMS - Terminerinnerung und dem damit verbundenen Vermerk meiner Mobiltelefonnummer einverstanden.**

SMS ile randevunun hatırlatılmasına ve bunun yapılabilmesi için cep telefonu numaramın kaydedilmesine izin veriyorum.

I agree with being reminded of my appointment by SMS and with noting down my mobile number. ( وعلى تسجيل رقم هاتفي المحمول لهذا الغرض. SMS إيني أوافق على تذكيري بالمواعيد بواسطة إخبار مختصر )

Я согласен с смс-напоминанием о записи на прием и готов предоставить для этой цели номер моего мобильного телефона.



Je suis d'accord avec un rappel de rendez-vous par message SMS et l'annotation de mon numéro de téléphone portable que cela implique.

Slažem se sa podsjećanjem na termin putem sms-a i u vezi s tim povezanom zabilježkom broja mog mobilnog telefona. Tôi đồng ý với việc nhắc lại lịch hẹn khám qua đường SMS và việc ghi nhớ số điện thoại di động của tôi để dùng vào việc đó.

Bitte an folgende Mobilnummer schicken:

.....Datum, Unterschrift

(Datum, potpis- Дата, подпись- date, signature- التاريخ والإمضاء- Tarih, imza- Ngày, Chữ ký-)

Einverständniserklärung Terminerinnerung	Campus: CVK		
	Sozialpädiatrisches Zentrum		

**Rıza Beyanı:** Sevgili hastalar,Sevgili veliler,

günlük yaşamınızı biraz olsun kolaylaştırmak için -cep telefonu numaranızı kaydetmemize izin vermeniz şartıyla- size poliklinikteki randevunuzu hatırlatmak için randevudan yaklaşık 1 hafta önce SMS göndermek istiyoruz.

Bize verdiğiniz cep telefonu numarasını, sadece bu SMS'i göndermek için kullanacağımıza ve yetkili olmayan birinin erişemeyeceği ve numarayla sizin aranızda bağlantı kuramayacağı şekilde kaydedeceğimize dair güvence veriyoruz.

Cep telefon numaranızı tabii ki isterseniz verirsiniz ve vermemeniz tedaviyle ilgili aleyhinize bir durum oluşturmaz. Verdiğiniz onayı her daim geri alma hakkınız vardır ve bu durumda cep telefonu numaranızı derhal kayıtlardan sileceğiz.

**Consent:** Dear Patient, dear Parents/Custodians,

To make life a bit easier for you, we'd like to offer you to send you an SMS reminder approx. one week before the agreed appointment in our health care centre provided that you agree that we note down your mobile number.

We assure you that we will only use the mobile phone number given to us for sending this text message and that we will save it in such a way that there will be no access to this number by any unauthorised persons and there will be no link to your person.

As a matter of fact, the indication of your mobile phone number is voluntary, and if you do not wish to give us your number that will result in no disadvantages to you with regard to treatment. You are entitled to revoke your consent at all times. In this case, we will immediately delete your mobile phone number.

ب ال موافقة ال رجاء أعزائنا المرضى وأولياء الأمور - تسهلاً لظروفكم نود أن نعرضكم خدمة بسيطة وبلا مقابل وهي التالية: إذا اتفقنا معكم على موعد لزيارتكم إلى عيادتنا نريد أن نذكركم به قبل الموعد بأسبوع واحد بواسطة إخبار مختصر (SMS) يرسل إلى هاتفكم المحمول. إذا

أردتم الاستفادة من هذه الخدمة نرجو منكم الإمضاء على تصريح الموافقة على تسجيل رقم هاتفكم المحمول عندنا. نحن نؤكد لكم باننا سوف نستخدم رقم جوالكم الخاص هذا فقط لإرسال رسائل الجوال القصيرة اليكم، واننا سنقوم بتسجيل هذا الرقم وحفظه بحيث لا يتسنى لأي شخص غير مفوض التوصل اليه واسناده لشخصكم. يتم اعطاء رقم الجوال الخاص بكم بطبيعة الحال طوعاً، وإذا لم تقوموا بالادلاء به فلا تتعرضوا لأي ضرر فيما يخص العلاج. وبممكنكم في اي وقت سحب موافقتكم وسوف نقوم فوراً بحذف رقم هاتفكم المحمول.



**Согласие:** Дорогие пациенты, дорогие родители или опекуны!

Чтобы несколько облегчить Ваши повседневные заботы, мы хотели бы приблизительно за неделю до дня, назначенного Вам для посещения амбулаторного отделения нашей клиники, отправить Вам напоминание по смс. Эта услуга предполагает, что Вы согласны оставить нам номер Вашего мобильного телефона.

Я согласен с смс-напоминанием о записи на прием и готов предоставить для этой цели номер моего мобильного телефона

Мы заверяем Вас, что указанный Вами номер мобильного телефона будет использован нами исключительно для данных смс-сообщений и сохранен таким образом, что посторонние не смогут получить доступ к этому номеру и идентифицировать его владельца.

Разумеется, решение сообщить нам номер мобильного телефона - добровольное, отсутствие номера не связано с негативными последствиями при лечении. Вы всегда сохраняете за собой право пересмотреть это решение - в таком случае мы незамедлительно удалим Ваш номер мобильного телефона.

Einverständniserklärung Terminerinnerung	Campus: CVK	 
	Sozialpädiatrisches Zentrum	

**Accord:** chères patients, chères titulaires de l'autorité parentale, pour faciliter votre vie quotidienne, nous vous offrons la possibilité de recevoir un message SMS de rappel une semaine à peu près avant votre rendez-vous chez nous, aux services de consultation externe. Ceci à condition que vous soyez d'accord que nous notons votre numéro de téléphone portable.

Nous vous assurons que nous utiliserons votre numéro de téléphone portable indiqué seulement pour vous envoyer des messages SMS et de l'enregistrer afin qu'une personne non autorisée n'aura pas accès à ce numéro et ne sera pas capable de l'attribuer à votre personne.

La fourniture de votre numéro de téléphone portable est bien entendu volontaire et si vous ne le faites pas vous n'allez encourir aucun inconvénient au niveau du traitement. Vous avez toujours le droit de révoquer votre consentement et nous allons supprimer immédiatement votre numéro de téléphone portable.

**Pristanak:** Dragi pacijenti, dragi nosioci roditeljske odgovornosti,

da bismo Vam malo olakšali svakodnevnici, želimo Vam ponuditi otprilike sedam dana prije dogovorenog termina kod nas u ambulanti podsjećanje putem sms poruke, pretpostavljamo da se slažete s tim da memorišemo Vas broj mobilnog telefona.

Mi Vam garantujemo da ćemo broj mobilnog telefona koji ste nam dali koristiti samo da Vam pošaljemo sms, tako da niko neovlašten neće imati pristup ovom broju niti će saznati da broj pripada Vama.

Naravno da je davanje broja mobilnog telefona dobrovoljno i ako nam ne ostavite broj neće imati nikakvih posljedica po pitanju liječenja.

**Giấy đồng ý:** Quý bệnh nhân và Quý vị có quyền chăm sóc thân mến, để giảm bớt phần nào sự căng thẳng hàng ngày cho Quý vị, trước lịch hẹn khám chừng 1 tuần chúng tôi muốn nhắc lại cho Quý vị về lịch đã hẹn, thông qua đường gửi tin nhắn điện thoại (SMS), với điều kiện là Quý vị đồng ý cho chúng tôi ghi nhớ số điện thoại di động của Quý vị.

Chúng tôi cam đoan là chúng tôi sẽ chỉ sử dụng số điện thoại di động mà quý vị đưa vào việc gửi tin nhắn và lưu những số này sao cho người không có thẩm quyền không tiếp cận được số này và việc xếp đặt bản thân quý vị.

Việc đưa số điện thoại di động của quý vị dĩ nhiên là tự nguyện và nếu không đưa cũng không có những bất lợi đối với quý vị trong việc điều trị. Bất kỳ lúc nào quý vị cũng có quyền rút lại sự ưng thuận của mình và chúng tôi sẽ thực hiện ngay việc xóa bỏ số điện thoại di động.