

**Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)  
für chronisch kranke Kinder**

Leitung: PD Dr. med. Angela M. Kaindl

**Neuropädiatrie/Entwicklungsneurologie/Neonatologie**

Komm. Leitung: Dr. med. Katrin Drossel

Tel. 030 450 566 188

Fax 030 450 566 912

soz.charite.de



Berlin, den

**Betr.:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Eltern,

Sie und/oder Ihr Kinderarzt/Hausarzt haben um eine Untersuchung Ihres Kindes in der Abteilung Neuropädiatrie/Entwicklungsneurologie/Neonatologie des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) der Charité gebeten. Wir danken für Ihr Vertrauen und freuen uns, Sie behandeln zu dürfen.

Um den Ablauf Ihrer ersten Vorstellung in unserem Zentrum gut vorausplanen zu können, bitten wir Sie, die beiliegenden Fragebögen sorgfältig auszufüllen sowie den kinderärztlichen Anmeldebogen vom Kinderarzt ausfüllen und unterschreiben zu lassen. Bitte senden Sie alle ausgefüllten Unterlagen (einschließlich des kinderärztlichen Anmeldebogens) innerhalb von 4 Wochen an uns zurück. Die Angabe Ihrer Telefonnummer ist für uns sehr hilfreich, um Ihnen möglicherweise auch kurzfristig einen Termin übermitteln zu können. Erst nach Erhalt der von Ihnen ausgefüllten Fragebögen und Unterlagen können wir Ihnen einen Untersuchungstermin anbieten. Eine Wartezeit auf einen ersten Untersuchungstermin im SPZ ist meistens nicht zu umgehen.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage:  
[http://spz.charite.de/abteilungen/neuropaediatrie\\_und\\_neonatologie/](http://spz.charite.de/abteilungen/neuropaediatrie_und_neonatologie/).

Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Wir verbleiben mit freundlichem Gruß

Ihr SPZ-Team

Anlagen:

- Kinderärztlicher Anmeldebogen
- Elternfragebogen
- SPZ-Aufnahmebogen
- Lageplan
- Einverständnis Terminerinnerung



Bitte senden an:  
Charité  
Campus Virchow-Klinikum  
SPZ Abteilung Neuropädiatrie  
z.H. Frau Rohner  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin



Kinderärztlicher Anmeldebogen  
SPZ Neuropädiatrie, Charité, Campus Virchow-Klinikum

Anmeldender Kinderarzt/in (Name und Telefon ausreichend)		Datum:
<b>Angaben zum Kind</b>		
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Telefon		mobil
E-Mail		
außerfamiliäre Unterbringung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / wo? _____	
Krankenversicherung		
Muttersprache/Nationalität		
Gibt es eine Diagnose/ Verdachtsdiagnose?		
Was ist der Vorstellungsgrund? Bitte kurze Beschreibung	<input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Weiterbetreuung _____	

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

warum ist eine Vorstellung im SPZ Neuropädiatrie aus Ihrer Sicht notwendig?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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



**Elternfragebogen**  
**SPZ Neuropädiatrie, Charité, Campus Virchow-Klinikum**

<b>Name des Kindes</b>																		
<b>Vorname des Kindes</b>																		
<b>Geburtsdatum</b>																		
<b>Adresse</b>																		
<b>Telefon</b>		mobil																
<b>E-Mail</b>																		
<b>außerfamiliäre Unterbringung?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / wo? _____																	
<b>Krankenversicherung</b>																		
<b>Muttersprache/Nationalität</b>																		
<b>Was fehlt Ihrem Kind?</b>																		
<b>Was wünschen Sie von uns?</b>	<input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Weiterbetreuung																	
<b>Bitte kurze Beschreibung.</b>	_____ _____																	
<b>In welchen Bereichen sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Körperbeherrschung/Bewegung</td> <td><input type="checkbox"/> Verhalten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gehen, Laufen</td> <td><input type="checkbox"/> Intelligenzentwicklung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schmerzen, wo _____</td> <td><input type="checkbox"/> Schulleistungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sprachentwicklung</td> <td><input type="checkbox"/> Umgang/Spiel mit anderen Kindern</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hören</td> <td><input type="checkbox"/> Erziehung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau</td> <td><input type="checkbox"/> Schlafverhalten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anfälle</td> <td><input type="checkbox"/> Ernährung</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> andere</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Körperbeherrschung/Bewegung	<input type="checkbox"/> Verhalten	<input type="checkbox"/> Gehen, Laufen	<input type="checkbox"/> Intelligenzentwicklung	<input type="checkbox"/> Schmerzen, wo _____	<input type="checkbox"/> Schulleistungen	<input type="checkbox"/> Sprachentwicklung	<input type="checkbox"/> Umgang/Spiel mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Erziehung	<input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau	<input type="checkbox"/> Schlafverhalten	<input type="checkbox"/> Anfälle	<input type="checkbox"/> Ernährung		<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> Körperbeherrschung/Bewegung	<input type="checkbox"/> Verhalten																	
<input type="checkbox"/> Gehen, Laufen	<input type="checkbox"/> Intelligenzentwicklung																	
<input type="checkbox"/> Schmerzen, wo _____	<input type="checkbox"/> Schulleistungen																	
<input type="checkbox"/> Sprachentwicklung	<input type="checkbox"/> Umgang/Spiel mit anderen Kindern																	
<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Erziehung																	
<input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau	<input type="checkbox"/> Schlafverhalten																	
<input type="checkbox"/> Anfälle	<input type="checkbox"/> Ernährung																	
	<input type="checkbox"/> andere																	
<b>Seit wann bestehen die Probleme? (Bitte möglichst genaue Angaben, z.B. seit Tagen, Wochen usw.)</b>																		
<b>Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?</b>	<input type="checkbox"/> ja welche? _____ <input type="checkbox"/> nein																	
<b>Werden Therapien durchgeführt und wie oft pro Woche?</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Physiotherapie      mal</td> <td><input type="checkbox"/> Ergotherapie              mal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Logopädie              mal</td> <td><input type="checkbox"/> Psychotherapie          mal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> keine</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Physiotherapie      mal	<input type="checkbox"/> Ergotherapie              mal	<input type="checkbox"/> Logopädie              mal	<input type="checkbox"/> Psychotherapie          mal	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> _____										
<input type="checkbox"/> Physiotherapie      mal	<input type="checkbox"/> Ergotherapie              mal																	
<input type="checkbox"/> Logopädie              mal	<input type="checkbox"/> Psychotherapie          mal																	
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> _____																	

<b>Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?</b>	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> spezielles Dreirad/Fahrrad <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Mundplatte/Zahnspange <input type="checkbox"/> Sonstige _____  <input type="checkbox"/> spezieller Kinderwagen <input type="checkbox"/> Stehständer <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Orthesen, z.B. Schienen
<b>Vordiagnostik</b>	<input type="checkbox"/> SPZ Charité <input type="checkbox"/> Stationäre Aufenthalte  <input type="checkbox"/> anderes SPZ / KJA <input type="checkbox"/> andere Einrichtungen
<b>Ist Ihr Kind aktuell in einem anderen SPZ in Behandlung?</b>	<input type="checkbox"/> ja      In welchem? _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Wurden Unterlagen beigefügt?</b>	<input type="checkbox"/> ja      welche? _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Bitte schicken Sie Unterlagen vorab:</b>	<input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> CT
<b>Fragen zu den ersten Lebensjahren Ihres Kindes</b>	Blickkontakt zu Mutter/Vater      _____ Monat Soziales Lächeln      _____ Monat Greifen      _____ Monat Drehen von Rücken- in Bauchlage      _____ Monat Krabbeln      _____ Monat Freies Sitzen      _____ Monat Freies Gehen      _____ Monat Lautieren von Doppelsilben      _____ Monat Sprechen erster Worte      _____ Monat Sprechen von 2- bis 3-Wortsätzen      _____ Monat Wann schlief es nachts durch?      _____ Monat Wann war es tagsüber trocken?      _____ Monat Wann war es nachts trocken?      _____ Monat
<b>Sind in der Verwandtschaft Entwicklungsstörungen oder schwere Erkrankungen bekannt?</b> Bitte möglichst konkrete Angaben! Wer?	<input type="checkbox"/> Nervenleiden <input type="checkbox"/> Gelenkleiden <input type="checkbox"/> Muskelleiden <input type="checkbox"/> Nierenleiden <input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen <input type="checkbox"/> Anfallsleiden/Epilepsie/Fieberkrämpfe <input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Chronische Krankheiten <input type="checkbox"/> Sonstige schwere Erkrankungen  <input type="checkbox"/> Magen <input type="checkbox"/> Darm <input type="checkbox"/> Keine
<b>Sonstiges/Bemerkungen</b>	

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Charité – Otto-Heubner-Centrum SPZ-Aufnahmebogen

### 1. Persönliche Daten

<b>Familiename des Kindes</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Geburtsort</b>	
<b>Geschlecht</b>	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	<b>Nationalität</b>	
<b>Adresse</b>			
<b>Tel. der Eltern</b>	Mutter		Vater
	<i>privat</i>		<i>privat</i>
	dienstlich		dienstlich
	mobil		mobil
<b>Fax</b>		<b>E-Mail</b>	

### 2. Krankenkasse / Krankenversicherung

<b>Name der Kasse, Ort, Bezirk</b>	
<b>Telefonnummer der Versicherung</b>	
<b>Versicherungsstatus</b> Ggf. Name, Geburtsdatum, Adresse	Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert bei: Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> .....

### 3. Familie

<b>Sorgerecht</b>	Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere Person <input type="checkbox"/> Name: .....		
<b>Name, Vorname, Geb. Mutter</b>			
<b>Name, Vorname, Geb. Vater</b>			
<b>abweichende Adresse Mutter / Vater</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
<b>Mitglieder im Haushalt</b>			
Geschwister 1	Name	Geb.datum	m / w
Geschwister 2	Name	Geb.datum	m / w
Geschwister 3	Name	Geb.datum	m / w
Geschwister 4	Name	Geb.datum	m / w
Weitere Geschwister, Haushaltsmitglieder (z.B. Partner, Großeltern)			
<b>außerfamiliäre Unterbringung</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
<b>Name, Adresse</b>			

<b>Tel., Ansprechpartner</b>	
------------------------------	--

#### 4. Aktuelle außerfamiliäre Betreuung Ihres Kindes

<b>vorschulische Betreuung</b> Krippe <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Tagesmutter <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Name</b>	
	<b>Adresse</b>	
	<b>Telefonnummer</b>	
	<b>Leitung / zuständige Gruppenerzieherin</b>	
	<b>Integrationsstatus</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Schule</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Name</b>	
	<b>Adresse</b>	
	<b>Telefonnummer</b>	
	<b>Leitung / Klassenlehrerin</b>	
	<b>Integrationsstatus</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Hort / Schülerladen</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Name</b>	
	<b>Adresse</b>	
	<b>Telefonnummer</b>	
	<b>Leitung / Gruppenerzieherin</b>	
<b>Ausbildungsstätte</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Name</b>	
	<b>Adresse</b>	
	<b>Telefonnummer</b>	
	<b>Ansprechpartner</b>	
<b>Ausbildungsabschluss</b>		

#### 5. Wirtschaftliche Situation

<b>Schulabschluss / Beruf (Mutter)</b>		
<b>Schulabschluss / Beruf (Vater)</b>		
<b>Erwerbslosigkeit</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	seit wann?
<b>bei Kontakt mit dem Job-Center / Sozialamt</b>	Adresse	
	Telefonnummer	
	Sachbearbeiterin, Aktenzeichen	
<b>sonstige Belastungen? (z.B. Pflege weiterer Angehöriger etc.)</b>		
<b>Wohnsituation</b>		

## 6. Sozialrechtlicher Bereich

<b>Schwerbehindertenausweis</b>		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Grad der Behinderung, Merkzeichen		
	Ausstellungsdatum, Aktenzeichen		
	Telebus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Pflegeversicherung</b>		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	seit wann? Stufe		
<b>Zuordnung nach</b>	§ 53 SGB XII	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	§ 35 a KJHG	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

## 7. Kultureller Hintergrund

<b>Umgangssprache(n) in der Familie</b>		<b>1.</b>	
		<b>2.</b>	
<b>Deutschkenntnisse</b>	Kind	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Mutter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Vater	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Übersetzer für die Familie</b>	Name		
	Adresse, Telefonnummer		
<b>in Deutschland seit</b>			
<b>Aufenthaltsstatus</b>			

## 8. Hobbys / Freunde

Hobbys / Freizeitaktivitäten / Freunde des Kindes

## 9. Lebensereignisse

Wichtige Veränderungen für das Kind (z.B. Trennung der Eltern, Umzug, Tod eines Angehörigen)

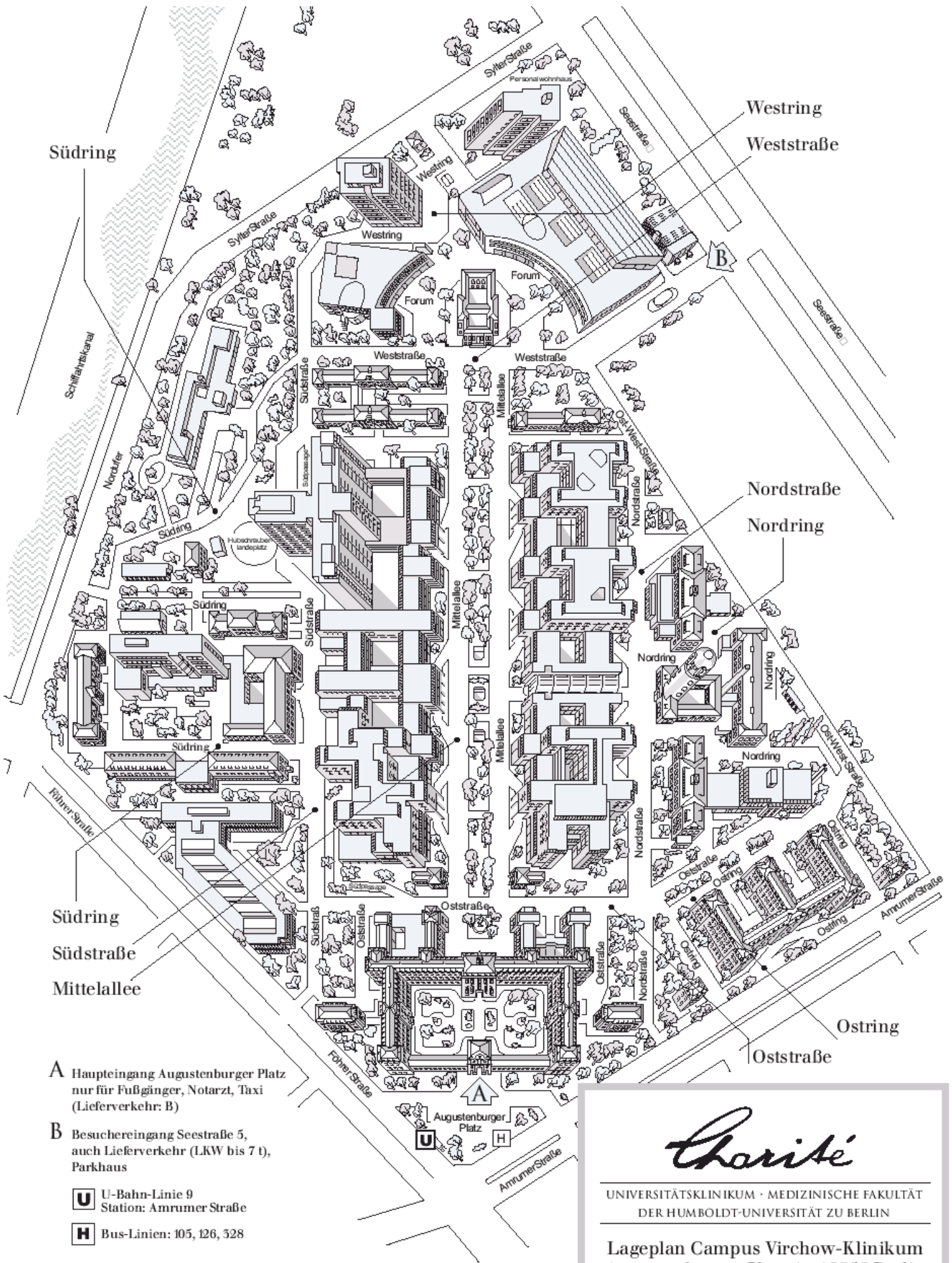
## 10. Aktuelle professionelle Unterstützung

<b>Kinderarzt / Hausarzt</b>	Name	
	Anschrift	
	Tel.	
<b>Physiotherapie</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anschrift	
	Ansprechpartner Tel.	
	seit	wie oft pro Woche
<b>Ergotherapie</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anschrift	
	Ansprechpartner Tel.	
	seit	wie oft pro Woche
<b>Logopädie</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anschrift	
	Ansprechpartner Tel.	
	seit	wie oft pro Woche
<b>Psychotherapie</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anschrift	
	Ansprechpartner Tel.	
	seit	wie oft pro Woche
<b>sonstige Therapien</b> Art: .....	Anschrift	
	Ansprechpartner Tel.	
	seit	wie oft pro Woche
<b>Bereits abgeschlossene Therapien</b>		
<b>Erziehungs-beratung</b>	Anschrift	
	Ansprechpartner Tel.	
<b>Jugendamt / Behindertenhilfe</b>	Anschrift	
	Ansprechpartner Tel.	
<b>EinzelfallhelferIn / FamilienhelferIn</b>	Name, Tel.	
<b>Sozialstation</b>	Anschrift	
	Ansprechpartner Tel.	
<b>Hilfsmittel</b> Welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Datum.....

Unterschrift.....





Südring

Westring  
Weststraße

Nordstraße  
Nordring

Südring  
Südstraße  
Mittelallee

Ostring  
Oststraße

**A** Haupteingang Augustenburger Platz  
nur für Fußgänger, Notarzt, Taxi  
(Lieferverkehr: B)

**B** Besuchereingang Seestraße 5,  
auch Lieferverkehr (LKW bis 7 t),  
Parkhaus



**U** U-Bahn-Linie 9  
Station: Amrumer Straße

**H** Bus-Linien: 105, 126, 328

*Charité*

UNIVERSITÄTSKLINIKUM · MEDIZINISCHE FAKULTÄT  
DER HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Lageplan Campus Virchow-Klinikum  
Augustenburger Platz 1 • 13353 Berlin

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.



PD 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. إنني 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 لارسال 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.