

Anmeldung im Sozialpädiatrischen Zentrum am UKS

Hiermit melden wir unser Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum an

Ort	Datum	Unterschrift beider Eltern oder eines Elternteils, der hiermit erklärt, in Abstimmung mit dem anderen Elternteil zu handeln
-----	-------	---

Nur bei Kindern, die nicht bei einem Elternteil leben (z.B. Pflegekinder)

Termine für Pflegekinder können nur vergeben werden, wenn das
Einverständnis des Inhabers/der Inhaberin der Gesundheitsfürsorge vorliegt.

Wer hat die Gesundheitsfürsorge?

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Vorstellung des Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum

Ort	Datum	Unterschrift des Inhabers der Gesundheitsfürsorge
-----	-------	---

Ergänzungspfleger ☐ ja ☐ nein

Bitte legen Sie den Fragebogen dem überweisenden Facharzt (Kinderarzt, Neurologe und Allgemeinmediziner) vor.
Ohne dessen Zustimmung ist eine Bearbeitung des Fragebogens nicht möglich!

**Vom überweisenden Facharzt
auszufüllen Stempel des über-
weisenden Facharztes**

**Fragestellung des
überweisenden Facharztes**

**Bei dem Kind besteht eine Besiedlung
mit einem multiresistenten Erreger**

☐ ja, welcher ☐ nein
