

Elternfragebogen für die Vorstellung von Kleinkindern und Säuglingen

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: Tel. 06123 602 -460 Fax: 06123 602 - 404

Sekretariat-Ambulanz.KJP-Eltville@vitos-rheingau.de

Vitos Kinder- und Jugendambulanz für
psychische Gesundheit Eltville
Kloster-Eberbach-Str. 4
65346 Eltville

*Sie können diesen Fragebogen in einem
Fensterbriefumschlag verschicken.*

Bitte ausreichend frankieren!

Vorname des Kindes: _____ **Name:** _____
geb. am: _____ PLZ, Wohnort: _____
Straße: _____ Telefon: _____
ggf. Herkunftsland: _____
Überweisender Kinder- / Hausarzt: _____
Behandelnder Kinder- / Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____ 7-stellige Krankenkassen-Nr.: _____
versichert durch: _____ geb.: _____

Wurde das Kind schon einmal in unserer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt?

nein wenn ja → ambulant stationär

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt:

Vor- und Zuname: _____ ausgefüllt am: _____

Vater Mutter andere Person: welche? _____

Für eine erfolgreiche Beratung sind für uns einige Informationen notwendig und hilfreich. Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben **streng vertraulich** behandeln!

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten gleichzeitig möglich, andere Fragen werden vielleicht gar nicht auf das Kind zutreffen. Sie können auch Fragen unbeantwortet lassen. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. In diesen Fällen schreiben Sie bitte Ihre Antworten in Stichworten in die entsprechenden leeren Zeilen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne beim Ambulanztermin zur Verfügung. **Wenn Sie es einrichten können, sollten beide Eltern das Kind zur Erstuntersuchung begleiten.**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Eltville	A 20010a	07.02.2022	02	Seite 1 von 10

Zunächst würden wir gerne einen Überblick darüber bekommen, was Sie zu uns führt.

I. Gründe der Vorstellung

1. **Was sind** die aktuellen Gründe, unsere Abteilung aufzusuchen? *(Bitte in Stichworten beschreiben)*

2. **Wann ist** dieses Verhalten Ihrer Erinnerung nach erstmals aufgetreten?

ganz allmählich, etwa mit _____ Wochen/Monaten

plötzlich im Alter von _____ Wochen / Monaten



3. **Gab es** irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?

nein ja → welche? _____

4. **Zeigt sich** das Verhalten häufiger oder seltener, wenn das Kind sich an bestimmten Orten aufhält, zu bestimmten Tageszeiten, in bestimmten Situationen und / oder in Abwesenheit bestimmter Personen?

nein

häufiger bzw. stärker, wenn: _____

seltener bzw. schwächer, wenn: _____

5. **Für wen** ist dieses Verhalten des Kindes das größte Problem, wer leidet am meisten darunter?

6. **Wie haben** Sie bisher auf das genannte Verhalten des Kindes reagiert?

7. **Wie haben** für das Kind wichtige Personen (anderer Elternteil, Großeltern, KrippenerzieherInnen usw.) auf das genannte Verhalten reagiert?

8. **Welche anderen Stellen** haben Sie wegen des beschriebenen Verhaltens bereits aufgesucht?

9. **Welche Untersuchungen / Behandlungen** haben bereits stattgefunden?

(Bitte Unterlagen mitbringen!)

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Eltsville	A 20010a	07.02.2022	02	Seite 2 von 10

10. **Welche Maßnahmen** wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen? Mit welchem Erfolg?

11. **Wer hat** uns empfohlen? Mit welchen Erwartungen?

Da zu einer umfassenden Beurteilung des Kindes das familiäre und soziale Umfeld sowie seine körperliche Entwicklung wichtig sind, bitten wir Sie nun, die folgenden Fragen zu beantworten.

II. Familiäre Situation

12. **Name des Vaters** / Geburtsdatum: _____

Schulbildung / Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

13. **Name der Mutter** / Geburtsdatum: _____

Schulbildung / Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

14. **Familiäre Situation:**

Mutter und Vater verheiratet seit: _____

Mutter / Vater verstorben seit: _____

Mutter / Vater krank, behindert: _____

getrennt / geschieden seit: _____

Sorgerecht liegt bei: _____

wieder verheiratet, wer, seit? _____

nichteheliches Kind: _____

Kind wurde adoptiert im Alter von: _____

Pflegekind, seit: _____

Kind lebte im Heim von: _____ bis _____

Mutter des Vaters, Alter: _____ Kontakt: ja nein

Vater des Vaters, Alter: _____ Kontakt: ja nein

Mutter der Mutter, Alter: _____ Kontakt: ja nein

Vater der Mutter, Alter: _____ Kontakt: ja nein

15. **Von wem** wurde das Kind bisher vorwiegend erzogen?

von der Mutter vom Vater von den Großeltern bzw. Schwiegereltern

von: _____

16. **Welche weiteren** Personen leben zusammen mit dem Kind im gleichen Haushalt und üben einen Einfluss auf die Erziehung des Kindes aus?

17. **Bei Scheidung** oder Trennung der Eltern?

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Eltville	A 20010a	07.02.2022	02	Seite 3 von 10

a) bei wem lebt das Kind?

bei der Mutter beim Vater lebt nicht bei den Eltern, sondern bei: _____

b) wie häufig hat es Kontakt zum anderen Elternteil?

überhaupt nicht etwa alle _____ Wochen bzw. _____ mal jährlich

18. **Sind sich die Eltern** hinsichtlich des Umgangs mit dem Kind im Allgemeinen einig?

ja häufig uneinig entfällt, da nur ein Elternteil erzieht



19. **Geschwister:**

Name / Geburtsdatum _____

Schule / Ausbildung _____

20. **Wohnverhältnisse:**

ausreichend: _____

ungünstige, beengte Verhältnisse: _____

Kind teilt sich Zimmer mit _____

häufiger Wohnungswechsel _____

21. **Finanzielle Situation:** zufriedenstellend ausreichend belastend

22. **Wurde irgendjemand** aus der Familie des Kindes jemals wegen Ängsten, Depressionen, Ess-, Alkoholproblemen oder anderen psychischen Problemen ambulant oder in einer Klinik behandelt? Oder hatte jemand solche Probleme, suchte aber keine Hilfe auf?

nein ja →wer? (Bitte näher beschreiben) _____

III. Körperliche und geistige Entwicklung des Kindes

23. **Wie verlief** die Schwangerschaft?

normal Komplikationen / Belastungen: _____

24. **Alter der Mutter** bei der Geburt des Kindes: _____

25. **Wie verlief** die Geburt?

normal Frühgeburt Geburtsgröße _____ Geburtsgewicht _____ SS-Woche. _____

APGAR Werte: --- / --- / --- pH-Wert: _____

Komplikationen (Zangengeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt, Nabelschnur um den Hals, blau im Gesicht, usw.):

26. **Gab es** nachgeburtliche Komplikationen?

nein ja →welche? _____

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Eltville	A 20010a	07.02.2022	02	Seite 4 von 10

27. **Wird** das Kind gestillt?
 nein ja →wie lange? _____

28. **Entwicklung im 1. Lebensjahr** (pflegeleicht, Schreibaby, Speikind, Gedeihstörungen, Schlafstörungen)

Wie bewerten Sie das Schreien Ihres Kindes?

normal wenig belastend sehr belastend

Wie bewerten Sie das Schlafverhalten ihres Kindes?

wenig ausreichend viel

Wie bewerten Sie das Essverhalten Ihres Kindes?

trinkt / isst regelmäßig braucht sehr lange zu wenig ausreichend scheint nicht satt zu werden

Aktuelles Gewicht _____ Aktuelle Größe _____

29. **Ist das Kind** gekrabbelt? nein ja

30. Mit wie viel Monaten lernte das Kind laufen? _____ Monate

31. Erfolgte eine krankengymnastische Behandlung/ Frühförderung?

nein ja →was und wann? _____

32. **Wann** lernte das Kind sprechen?

Erste Worte: _____ 2-3-Wort-Sätze: _____ Ganze Sätze: _____

33. **Besteht** eine Sehschwäche?

nein ja, trägt Brille seit: _____ wegen: _____

34. **Erfolgte** eine Hörüberprüfung? nein ja wann? _____

Besteht ein Hörschaden? nein ja, und zwar: _____

35. **Gab** es eine Fremdelphase? nein ja, im Alter von _____

36. **Gab** es eine Trotzphase? nein ja, im Alter von _____

37. **Leidet das Kind** an einer bestimmten körperlichen Erkrankung (Anfallsleiden, usw.) oder erblichen angeborenen Erkrankungen?

38. nein ja →seit wann, welche? _____

39. **Nimmt das Kind** regelmäßig Medikamente ein?

nein ja →welche? _____

40. **War das Kind** schon einmal im Krankenhaus?

nein ja →im Alter von? Krankheit? Operation? _____

41. **Hat das Kind** schon einmal einen Unfall erlitten?

nein ja →wann? Art des Unfalls? _____

42. **Welche** Kinderkrankheiten hat das Kind gehabt? Gab es Impfwischenfälle?



IV. Krippenbesuch / Tagespflege

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Eltville	A 20010a	07.02.2022	02	Seite 5 von 10

43. **Krippenbesuch / Tagespflege** im Alter von _____

44. **Wie ist / war** das Verhalten in der Krippe / Tagespflege

ohne Probleme

konnte sich nicht von der Mutter trennen

es gibt / gab Schwierigkeiten, weil _____

V. Spielverhalten

45. **Hat Ihr Kind** ein Lieblingsspielzeug?

nein ja, → welches _____

Kann Ihr Kind sich schon alleine beschäftigen?

nein ja, → wie lange: _____

Wie beurteilen Sie das Spielverhalten Ihres Kindes? *(bitte in Stichworten)*

46. **Hier ist Raum** für alle Dinge, die für Sie noch wichtig sind, die wir aber vielleicht nicht erfragt haben.



Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Eltville	A 20010a	07.02.2022	02	Seite 6 von 10

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

alleiniges Sorgerecht

gemeinsames Sorgerecht

Mit der Vorstellung meines Kindes _____

in der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Eltville, Kloster-Eberbach-Str. 4, 65346 Eltville, bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter: _____

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters: _____

(Bitte beachten Sie, dass wir in jedem Fall die Unterschrift von **beiden** sorgeberechtigten Eltern benötigen)

Name, Adresse und Telefonnummer beider Sorgeberechtigten:

Falls das Personensorgerecht nicht bei den Eltern liegt:

Mit der Vorstellung von _____

in der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Eltville, Kloster-Eberbach-Str. 4, 65346 Eltville, bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten: _____

Zur Sicherung einer guten Versorgung Ihres Kindes schicken wir in der Regel einen Bericht an den überweisenden Haus- oder Kinderarzt.

Bitte entbinden Sie uns hierzu von unserer Schweigepflicht:

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Als Erziehungsberechtigte/r des Kindes :

entbinde ich hiermit die Mitarbeiter/Innen der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit, Eltville von der Schweigepflicht gegenüber der /dem zuständigen Kinder- / Hausarzt.

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____

Nochmals vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ein Unternehmen des
LWVHessen 

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Eltville	A 20010a	07.02.2022	02	Seite 7 von 10

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Name des Kindes: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

1. Ich willige darin ein, dass die Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH die Übermittlung meiner Behandlungs- und Betreuungsdaten anfordert, soweit sie für die anstehende Behandlung/ Betreuung erforderlich sind

- von meinem Hausarzt und meinen behandelnden Fachärzten (auch Notärzte)

ja

nein

- von vorbehandelnden Kliniken, Einrichtungen _____
(Name d. Klinik/ Einrichtung)

ja

nein

- aus vorhergehenden ambulanten und stationären Behandlungen/Betreuung innerhalb der Vitos Gesellschaften

ja

nein

2. Die Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH wird während und nach Abschluss der Betreuung ermächtigt, meine Behandlungsdaten und Befunde an den Hausarzt / weiterbehandelnden Facharzt oder die weiter betreuende Einrichtung zu übermitteln.

ja

nein

Name / Einrichtung: _____

Ich kann dieser Einwilligung in die Datenübermittlung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (für Rückfragen steht Ihnen der/die Datenschutzbeauftragte unter datenschutz@vitos-hochtaunus.de, Tel. 06175 / 791-0 zur Verfügung).

Ort, Datum

Unterschrift Patient oder des gesetzlichen Vertreters
(entsprechende Vollmacht liegt vor)

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Eltville	A 20010a	07.02.2022	02	Seite 8 von 10

Konzerndatenschutz

Datenschutzinformation nach Art. 13, 14 DSGVO und ePA-Information

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Datenschutz hat einen besonders hohen Stellenwert für Vitos, deshalb ist uns der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sehr wichtig. Für Ihre Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, dass wir Daten zu Ihrer Person und die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten verarbeiten. Nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchen Zwecken wir Ihre Daten verarbeiten und an wen wir sie übermitteln. Dabei hängt es von Ihrer Behandlung ab, wie wir Ihre Daten nutzen. Darüber hinaus möchten wir Sie über Ihre Datenschutzrechte sowie über die Nutzung der elektronischen Patientenakte und Ihre Rechte bei Vitos informieren. Sie haben bei Vitos folgende Möglichkeiten, diese Informationen jederzeit, auch vor der Erhebung der personenbezogenen Daten und während der Behandlung zur Kenntnis zu nehmen:

- Als Aushang in der jeweiligen Einrichtung vor Ort
- Als Auslage bei der Aufnahme
- Selbstverständlich erhalten Sie auch einen Ausdruck der Informationen auf Nachfrage und Ihren Wunsch beim Klinikpersonal, insbesondere bei der Aufnahme; Sprechen Sie uns hierzu gerne an.
- Auf Nachfrage erläutern wir Ihnen diese gerne auch mündlich.
- Auf Nachfrage stehen Ihnen auch Übersetzer zur Verfügung.
- Als elektronische Einsicht über unsere Vitos Webseite unter folgendem Link:
 - [Datenschutzinformationen für Patientinnen und Patienten](https://www.vitos.de/legal-information/datenschutz/datenschutzinformationen-fuer-patientinnen-und-patienten)
 - [https:// www . vitos . de / legal - information / datenschutz / datenschutzinformationen - fuer - patientinnen - und - patienten](https://www.vitos.de/legal-information/datenschutz/datenschutzinformationen-fuer-patientinnen-und-patienten)
 - [Datenschutzinformationen zur elektronischen Patientenakte \(ePA\)](#)
 - [https :// www . vitos . de / legal - information / datenschutz / informationen - zur - elektronischen - patientenakte – epa](https://www.vitos.de/legal-information/datenschutz/informationen-zur-elektronischen-patientenakte-epa)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Information zum Datenschutz sowie Information zur elektronischen Patientenakte zur Kenntnis nehmen konnten. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Unterschrift lediglich unserer Dokumentation dient. Für die Durchführung ihrer Behandlung ist diese Unterschrift keine Voraussetzung. Auch stellt diese Unterschrift weder eine Einwilligung noch eine Bestätigung in die Inhalte dar.

Selbstverständlich können Sie die Informationen auch in Ruhe zu Hause lesen und bei Fragen gerne jederzeit auf uns zukommen.

Bei weiteren Fragen zur Datenverarbeitung und Ihre Rechte sowie zur elektronischen Patientenakte steht Ihnen das Klinikpersonal oder der zuständige Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information zum Datenschutz sowie zur elektronischen Patientenakte zur Kenntnis nehmen konnte.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/Patientin; ggf. gesetzl. Vertreter

Hinweis: Eine Mehrfertigung erhält der Patient/die Patientin auf Wunsch für seine Unterlagen. Original mit Unterschrift wird in der Behandlungsakte zur Dokumentation abgelegt.

Vitos Rheingau
Gemeinnützige GmbH
Kloster-Eberbach-Str. 4
65346 Eltville

Tel. 06123 – 602 - 0
Fax: 06123 – 602 - 297
info@vitos-rheingau.de
www.vitos-reingau.de

Geschäftsführer: Servet Dag
Sitz: Eltville
Registergericht: Wiesbaden HRB 23267
Gesellschafter: Vitos GmbH, LWV Hessen

Bank für Sozialwirtschaft
BIC BFSWDE33MNZ
IBAN DE61 5502 0500 0008 6509 00
Ust-ID DE255595664
Steuer-Nr. 02622699078

Ein Unternehmen des **LWV**Hessen.

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Eltville	A 20010a	07.02.2022	02	Seite 9 von 10

Einwilligung zur Vorbereitung und Durchführung einer Videosprechstunde sowie Datenübermittlung an den Videosprechstundenanbieter CGM Clickdoc / La Well Systems GmbH

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Ihr Behandler/Ihre Behandlerin hat Ihnen die Behandlung per Videosprechstunde empfohlen. Damit wir Ihnen diese anbieten können, sind wir verpflichtet, von Ihnen die Einverständniserklärung in die Durchführung und die hierfür erforderliche Datenverarbeitung sowie Schweigepflichtentbindung einzuholen. Die Durchführung der Videosprechstunde erfolgt über den Anbieter CGM Clickdoc.

(bitte leserlich ausfüllen)

Name der mich behandelnden Vitos Einrichtung _____

Name meines Behandlers _____

Mein Name, Vorname (Patient) _____

Geburtsdatum (zur eindeutigen Identifizierung) _____

E-Mail-Adresse (zum Versand der Zugangsdaten) _____

Wir bitten Sie daher uns die folgende Einwilligungserklärung zu erteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse zum Versand der Zugangsdaten für die Videosprechstunde verwendet wird und dass meine personenbezogenen Daten (Zugangsname, Zugangscode, E-Mail-Adresse) an CGM Clickdoc zum Zweck der Zusendung von Zugangsdaten zur Videosprechstunde/Videokonferenz und Nutzung sowie Durchführung der Videosprechstunde übermittelt und offenbart werden. Hiermit entbinde ich den oben genannten Behandler/Behandlerin von seiner/ihrer Schweigepflicht zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde gegenüber La-Well Systems GmbH (Hartwig-Mildenberg-Straße 5-9, 32257 Bünde) als Anbieter der CGM Clickdoc Videosprechstunde.

La Well kann ausdrücklich keine Gesundheitsdaten während der Videosprechstunde von Ihnen einsehen. Eine Aufzeichnung erfolgt ausdrücklich nicht. Die Datenübermittlung umfasst lediglich Metadaten, die aus technischer Sicht erforderlich sind. Rechtsgrundlage ist Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a), 7 DSGVO.

Diese Einwilligung gilt unbefristet für die Dauer der Durchführung von Videosprechstunden mit dem Anbieter CGM Clickdoc durch die oben genannte Vitos Einrichtung und Behandler. Sofern sich der Behandlungskontext ändert, erfolgt eine erneute Einwilligung. Zugangsname und -code werden im Account des Leistungserbringers gespeichert, bis dieser sie löscht. Ihre E-Mail-Adresse wird unmittelbar nach dem Versand des Zugangscode gelöscht.

Diese Einwilligung ist ausdrücklich freiwillig und kann jederzeit ohne Angaben von Gründen für die Zukunft widerrufen werden. Teilen Sie hierzu Ihren Widerspruch direkt ihrem Behandler mit. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligung nicht abhängig, jedoch ist für die Videosprechstunde die Einwilligung und Datenverarbeitung zwingende Voraussetzung. Sofern Sie die Einwilligung nicht erteilen oder widersprechen, können wir daher keine Videosprechstunde anbieten.

Bitte nehmen Sie unsere Information zum Datenschutz unter <https://www.vitos.de/legal-information/datenschutz/datenschutzinformationen-fuer-die-videosprechstunde-clickdoc> zur Kenntnis. Auf Ihre Nachfrage geben wir Ihnen diese Erklärung gerne in Papierform. Sprechen Sie uns gerne an!

Einwilligung:

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in; ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)

Hinweis zu Betroffenenrechten:

Sie haben gemäß den Bestimmungen der DSGVO Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten und deren Herkunft, die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die Daten weitergegeben werden und den Zweck der Speicherung (Art. 15 DSGVO); Berichtigung, Löschung oder Einschränkung nach Maßgabe von Art. 16-18 DSGVO; Übertragung Ihrer Daten auf eine andere verantwortliche Stelle nach Maßgabe von Art. 20 DSGVO; Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde Ihrer Wahl (Art. 77 DSGVO), Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung können Sie jederzeit ganz oder teilweise uns gegenüber widerrufen; wir verarbeiten Ihre Daten dann nicht weiter und löschen diese, außer es besteht eine gesetzliche Erlaubnis für die weitere Verarbeitung; ein Widerspruch oder ein Widerruf lässt die Zulässigkeit der Datenverarbeitung in der Vergangenheit unberührt.

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Eltville	A 20010a	07.02.2022	02	Seite 10 von 10