

Уважаемые пациенты и уважаемые родители,

Мы рады приветствовать вас в Центре Medizinisches Versorgungszentrum Peters & Kollegen (MVZ). Не забудьте взять с собой на первичную консультацию прилагаемый стартовый пакет (информация о пациенте, форма согласия и сведения о семейном анамнезе).

Постарайтесь внести как можно больше информации. В семейном анамнезе запрашивается информация, которая важна для лечения или диагностики. Таким образом, наш доктор сможет в ходе консультации обратиться к истории болезни и уделить больше времени необходимым рекомендациям и разъяснениям.

На первичную консультацию вам необходимо принести перечисленные ниже документы:

- Страховая карточка ребенка
- Стартовый пакет
- Желтая книжка („Gelbes Untersuchungsheft“)
- Все школьные характеристики
- Если есть, письма от текущего врача, сведения о развитии (детский сад / школа / группа продленного дня) или заключения о ранее проведенном лечении (например, логопедия, эрготерапия, психотерапия)

Родители или хотя бы одно лицо, осуществляющее опеку, должны присутствовать на первичной консультации. Если вы недостаточно владеете немецким языком, пригласите с собой человека, который сможет для вас переводить (например, родственника или домашнего помощника).

Если у вас возникли вопросы, вы всегда можете связаться с нами по телефону: 030/33309256.

С уважением,

Ваша команда MVZ

Информация для пациентов

А) ЗАЩИТА ДАННЫХ

Уважаемые пациенты и уважаемые родители,

вопрос о защите ваших персональных данных очень важен для нас. В соответствии с Общим регламентом ЕС по защите данных (GDPR) мы обязаны информировать вас о целях, для которых наша организация собирает, хранит и пересылает данные. Мы также информируем о ваших правах.

1. Ответственность за обработку данных

Лицом, ответственным за обработку данных, является:

Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen
Irina Peters
Schrockstraße 25
14165 Berlin

2. Цель обработки данных

Обработка данных осуществляется на основании требований законодательства с целью выполнения договора между вами и вашим врачом о лечении и связанных с ним обязательств. С этой целью мы обрабатываем ваши персональные данные, в частности данные о вашем здоровье. Сюда входят история болезни, диагнозы, рекомендации по терапии и заключения, которые собираем мы или другие врачи. Для этих целей другие врачи или психотерапевты, у которых вы проходите лечение, также могут предоставлять нам данные (например, в письмах врачей). Сбор медицинских данных является необходимым условием для вашего лечения. Если необходимая информация не предоставлена, оказание тщательного лечения может быть затруднительным.

3. У кого еще может быть доступ к вашим данным

Мы передаем ваши личные данные третьим лицам только в том случае, если это разрешено законом или вы дали на это свое согласие. Третьими лицами могут быть, прежде всего, другие врачи / психотерапевты, ассоциации врачей, страховые компании и их медицинские услуги, медицинские ассоциации и частные медицинские центры. Передача данных осуществляется в основном с целью выставления счетов за оказанные вам услуги, для уточнения медицинских вопросов или вопросов, возникающих в связи с вашими страховыми отношениями. В отдельных случаях данные передаются другим уполномоченным лицам.

4. Хранение ваших данных

Мы храним ваши личные данные только до тех пор, пока это необходимо для проведения лечения. В соответствии с требованиями законодательства мы обязаны хранить эти данные в течение как минимум 10 лет после завершения лечения.

5. Ваши права

Вы имеете право на доступ к информации о персональных данных, касающихся вас. Вы также можете запросить исправление неверных данных. Кроме того, при определенных условиях у вас есть право на удаление данных, на ограничение обработки данных и на возможность переноса данных. Обработка ваших данных осуществляется на основании правовых норм. Только в исключительных случаях нам требуется ваше согласие. В этих случаях вы имеете право отозвать свое согласие на обработку информации в будущем.

Вы также имеете право подать жалобу в компетентный надзорный орган по защите данных, если считаете, что обработка ваших персональных данных не является законной.

Адрес контролирующего органа, ответственного за нашу организацию:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
Postfach 31 09 29
10639 Berlin
Tel.: (030) 90229-0

6. Правовая основа

Правовой основой для обработки ваших данных является статья 9(2)(h) DSGVO в сочетании с § 22(1)(1)(b) Федерального закона о защите данных (Bundesdatenschutzgesetz). Если у вас есть какие-либо вопросы, пожалуйста, не стесняйтесь обращаться к нам.

В) ВИД СТРАХОВАНИЯ

Название страховой компании: _____

Платательщик по счетам: _____

Адрес выставления счета: _____

С) ПОСЕЩЕНИЕ MVZ

Настоящим вы можете дать нам разрешение на самостоятельный выход вашего ребенка из клиники после приема.

Разрешается ли вашему ребенку уходить из центра одному?

- ДА
 НЕТ

Я принял(а) к сведению всю информацию о защите данных и о посещении MVZ и согласен(сна) с изложенными условиями.

Берлин, _____ (Дата)

Подпись родителей _____

Декларация о согласии

для проживающих раздельно родителей с совместной опекой

Я, _____ согласен(сна),

(Имя родителя/опекуна)

Родственная связь

Мать ребенка

Отец ребенка

что мой ребенок: _____

Имя пациента

Адрес пациента

- проходит обследования/лечится в Центре Medizinisches Versorgungszentrum Peters & Kollegen (MVZ) с помощью мультимодальных методов.
- Я даю свое согласие на подготовку и выдачу отчетов, экспертных заключений или других справок.

ДА

НЕТ

Настоящим я освобождаю сотрудников Центра Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) от обязанности соблюдать конфиденциальность в отношении следующего лица (лиц) или учреждения (например, школы, офиса):

Имя/ Название

Имя/ Название

Берлин _____ (Дата)

Подпись _____
Имя родителя/опекуна

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (auch alternative Heilmittel)?

- Nein.
 Ja, nämlich: _____

III. Angaben zu den Eltern (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

- Eltern leben zusammen getrennt
- Kind lebt bei beiden Eltern Mutter Vater Anderes: _____
- Sorgerecht Gemeinsames Sorgerecht Alleiniges Sorgerecht bei: _____

MUTTER

- leibliche Mutter Adoptivmutter Pflegemutter Stiefmutter

 Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

 Anschrift (falls abweichend zu Kind / Jugendliche/r)

 Telefon- und Mobilnummer / Erreichbarkeit Beruf

- Vollzeit Teilzeit arbeitssuchend Hausfrau

 Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen

VATER

- leiblicher Vater Adoptivvater Pflegevater Stiefvater

 Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

 Anschrift (falls abweichend zu Kind / Jugendliche/r)

 Telefon- und Mobilnummer / Erreichbarkeit Beruf

- Vollzeit Teilzeit arbeitssuchend Hausmann

 Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen

d) Schulische Entwicklung

• Wann wurde Ihr Kind eingeschult? _____

• Schulart? _____

• Gab/ Gibt es schulische Probleme (soziales Miteinander/Lernstoff)? nein es gibt / gab Schwierigkeiten, weil:

• Was sind die Lern-Stärken / Lern-Schwächen Ihres Kindes?

• Regelmäßigkeit des Schulbesuchs:

regelmäßig verspätet sich oft schwänzt häufig fehlt häufig, wenn: _____

• Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen? _____

Nennen Sie die Lieblingsbeschäftigung und Lieblingshobbies Ihres Kindes / Jugendlichen.

Nennen Sie Fähigkeiten / Stärken / Begabungen Ihres Kindes / Jugendlichen.

Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste) in der Familie oder im familiären Umfeld? nein ja, folgende:

VI. Beziehungen zu anderen Personen

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Eltern (z.B. besseres Verhältnis zu Mutter oder Vater)?

Wie verträgt sich das Kind mit seinen Geschwistern? (Bitte jeweils angeben, um welches Geschwisterkind es sich handelt, z.B. schlecht mit... im Allgemeinen gut mit... häufigster Anlass zum Streit ist...)?

Hat es Freunde / Freundinnen? nein ja, Anzahl: _____

Wie häufig verbringt das Kind seine Freizeit mit Freunden?

fast täglich nicht täglich, sondern _____ ist lieber für sich allein

Wie verträgt es sich in der Gruppe? (außerhalb der Schule)

kommt gut mit anderen aus möchte andere beherrschen leicht durch andere zu beeinflussen beschimpft

rechthaberisch nimmt anderen gern etwas weg zwickt, stößt, schlägt wird von anderen beschimpft

zieht sich von anderen zurück prahlt gern wird von anderen wenig beachtet / gemieden

VII. Vorstellungsanlass

Welches Problemverhalten Ihres Kindes hat Anlass gegeben, unser MVZ aufzusuchen? Seit wann bestehen die Probleme?

Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten des Verhaltens zusammenfielen?

Wie hat sich das Verhalten im Laufe der Zeit entwickelt?

Zeigt sich das Verhalten häufiger / seltener, an bestimmten Orten / zu bestimmten Tageszeiten / mit bestimmten Personen?

Wer in Ihrer Familie (oder Verwandtschaft) leidet oder litt unter ähnlichen Problemen?

Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung in unserem MVZ?

Vielen Dank für das Ausfüllen des Anamnesebogens!