

Sehr geehrte/r Patient/in, Sehr geehrte Eltern,

wir freuen uns, Sie bald im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen begrüßen zu dürfen. Zu Ihrem Erstgespräch ist es wichtig, dass Sie das beiliegende Starter-Paket (Patienteninformation, Einverständniserklärung und Familienanamnese) ausgefüllt mitbringen.

Versuchen Sie so viele Informationen wie möglich einzutragen. In der Familienanamnese werden Informationen abgefragt, die unmittelbar für die Behandlung oder Diagnose wichtig sind. So kann im Gespräch auf die Anamnese Bezug genommen und mehr Zeit in z.B. Aufklärung und Beratung investiert werden.

Damit der Termin stattfinden kann, bringen Sie zum Erstgespräch bitte folgende Unterlagen mit:

- Versichertenkarte des Kindes
- Starter-Paket
- Gelbes Untersuchungsheft
- Alle Schulzeugnisse
- wenn vorhanden, aktuelle Arztbriefe, Entwicklungsberichte (Kita / Schule / Hort) oder Berichte von früheren Therapien (z.B. Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie)

Zum Erstgespräch müssen die Eltern oder mindestens eine sorgeberechtigte Person (z.B. Vormund) anwesend sein. Wenn Sie Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache haben, bringen Sie bitte eine Person mit, die für Sie übersetzen kann (z.B. Familienhelfer/in, Verwandte/r).

Bei Fragen können Sie sich immer telefonisch an uns wenden: 030/33309256.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr MVZ-Team

Patienteninformation

A) ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte/r Patient/in, Sehr geehrte Eltern,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

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

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte/Ärztinnen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte/Ärztinnen oder PsychotherapeutenInnen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Ärztinnen / PsychotherapeutenInnen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

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

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

A) ZUR ART DER VERSICHERUNG

Name der Versicherung: _____

Rechnungszahler/in: _____

Rechnungsanschrift: _____

B) ZUM MVZ-BESUCH

Sie können uns hiermit die Erlaubnis erteilen, dass Ihr Kind selbstständig nach einem Termin die Praxis verlassen darf.

Darf ihr Kind die Praxis allein verlassen?

- JA
- NEIN

C) SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Peters und Kollegen von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person(en)/ Einrichtung (z.B. Schule, Ämter):

Name

Name

Ich habe alle Informationen zum Datenschutz und zum Besuch des MVZs zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den genannten Bedingungen einverstanden.

Berlin, den _____

Unterschrift _____

Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r

Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r

Einverständniserklärung

für getrenntlebende Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht

Ich, _____ bin einverstanden,
(Name Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r)

Position zum Kind Kindesmutter Kindesvater

dass mein Kind: _____
Name Patient/in

Anschrift Patient/in

- Im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters und Kollegen mittels multimodaler Maßnahmen diagnostiziert/therapiert wird.
- Mit der Erstellung und Herausgabe von Berichten, Gutachten oder sonstigen Bescheinigungen erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

JA NEIN

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Peters und Kollegen von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person(en)/ Einrichtung (z.B. Schule, Ämter):

Name

Name

Berlin, den _____

Unterschrift _____
Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r

Anamnesebogen

Bitte lesen Sie die Fragen zur Entwicklung, zum Verhalten und zur allgemeinen Lebenssituation Ihres Kindes / Jugendlichen sorgfältig durch und antworten Sie ausführlich.

Ausgefüllt von: _____ Beziehung zum Kind: Mutter Vater Andere: _____

Ausgefüllt am: _____

I. Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name und Vorname Kind / Jugendliche Geburtsdatum Geschlecht

Anschrift

Festnetznummer / Mobilnummer Staatsangehörigkeit

E-Mail-Adresse

Kindergarten / Schule Klasse (falls zutreffend)

Aktuelle Kinderarzt/ärztin // Psychiater/in: Körpergröße Gewicht

Kind / Jugendliche lebt bei: Eltern Mutter Vater Heim/WG Anderes: _____

II. Bisherige Behandlung

War/Ist Ihr Kind schon einmal in psychologischer / psychiatrischer Behandlung?

- Nein, Mein Kind war **noch nie** in psychologischer / psychiatrischer Behandlung.
- Ja, Mein Kind war **schon** in psychologischer / psychiatrischer Behandlung bei...
(z.B. psychotherapeutische Praxis, Sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

 Name der Einrichtung Beginn/Ende der Behandlung

- Ja, mein Kind ist **derzeit (im aktuellen Quartal)** in psychologischer / psychiatrischer Behandlung bei...
(z.B. psychotherapeutische Praxis, Sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

 Name der Einrichtung Beginn der Behandlung

Hat Ihr Kind gesundheitliche Probleme?

- Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie) _____
- Andere Erkrankungen (z.B. Allergien, Herzprobleme) _____

Bekommt 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)

 E-Mail-Adresse

 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)

 E-Mail-Adresse

 Telefon- und Mobilnummer / Erreichbarkeit Beruf

- Vollzeit Teilzeit arbeitssuchend Hausmann

 Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen

- 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!