

## Dear Patient, Dear Parents,

We look forward to welcoming you soon at the Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen. It is important that you bring the enclosed starter pack (patient information, consent form and family history) with you to your initial consultation with our child psychiatrist.

Try to fill in as much information as possible. The family history ("Anamnesebogen") includes information which is directly important for the treatment or diagnosis. Our child psychiatrist can thus refer to the medical history in the conversation and invest more time in e.g., providing information and counselling.

### **In order for the appointment to take place, please bring the following with you to the initial consultation:**

- Child's insurance card
- Starter pack
- Yellow examination booklet ("Gelbes Untersuchungsheft")
- All school report cards
- If available, current doctor's letters, development reports (day care center / school / after-school care) or reports from previous therapies (e.g., psychotherapy, occupational therapy, speech therapy)

**Parents or at least one person with custody (e.g., guardian) must be present for the initial consultation. If you have problems with the German language, bring a person who can translate for you (e.g., family helper, relative).**

If you have any questions, you can always contact us by phone: 030/33309256.

Yours sincerely,

Your MVZ team

## Patient information

### A) ON DATA PROTECTION

Dear Patient, Dear Parents,

the protection of your personal data is important to us. According to the EU Data Protection Regulation (DSGVO), we are obliged to inform you about the purpose for which our practice collects, stores or forwards data. The information also tells you what rights you have.

#### 1. Responsibility for data processing

Responsible for data processing is:

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

#### 2. Purpose of the data processing

Data processing is carried out on the basis of legal requirements in order to fulfil the treatment contract between you and your doctor and the associated obligations. For this purpose, we process your personal data, in particular your health data. This includes medical histories, diagnoses, therapy suggestions and findings that we or other doctors collect. For these purposes, other doctors or psychotherapists with whom you are being treated may also provide us with data (e.g., in doctor's letters). The collection of health data is a prerequisite for your treatment. If the necessary information is not provided, careful treatment cannot take place.

#### 3. Recipients of your data

We only transfer your personal data to third parties if this is permitted by law or if you have given your consent. Recipients of your personal data may primarily be other doctors / psychotherapists, Association of Statutory Health Insurance Physicians ("Kassenärztliche Vereinigungen"), health insurance companies, the medical service of the health insurance companies, medical associations and private medical clearing centres. The transmission is mainly for the purpose of billing for the services provided to you, for clarifying medical questions and questions arising from your insurance relationship. In individual cases, data is transmitted to other authorized recipients.

#### 4. Storage of your data

We only keep your personal data for as long as is necessary to carry out the treatment. Due to legal requirements, we are obliged to keep this data for at least 10 years after completion of the treatment.

#### 5. Your rights

You have the right to obtain information about the personal data concerning you. You can also request the correction of incorrect data. In addition, under certain conditions, you have the right to have data deleted, the right to restrict data processing and the right to data portability. The processing of your data is based on legal regulations. Only in exceptional cases do we require your consent. In these cases, you have the right to revoke your consent for future processing.

You also have the right to complain to the competent data protection supervisory authority if you believe that the processing of your personal data is not lawful.

**The address of the supervisory authority responsible for us is:**

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

**6. Legal basis**

The legal basis for the processing of your data is Article 9(2)(h) DSGVO in conjunction with Section 22(1)(1)(b) Bundesdatenschutzgesetz (German Federal Data Protection Act). If you have any questions, please do not hesitate to contact us.

**B) TYPE OF INSURANCE**

Name of the insurance company: \_\_\_\_\_

Bill payer: \_\_\_\_\_

Invoice address: \_\_\_\_\_

**C) MVZ VISIT**

You can hereby give us permission for your child to leave the practice independently after an appointment.

Is your child allowed to leave the practice alone?

- YES
- NO

**D) EXEMPTION FROM CONFIDENTIALITY**

I hereby release the Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Peters and Colleagues from the duty of confidentiality towards the following person(s)/institution (e.g. school, offices):

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Name

**I have taken note of all the information on data protection and on visiting the MVZ and agree to the conditions stated.**

Berlin, \_\_\_\_\_ (Date)

Signature \_\_\_\_\_  
Parents / Guardian

Signature \_\_\_\_\_  
Parents / Guardian

## Declaration of consent for separated parents with joint custody

I, \_\_\_\_\_ agree,  
(Name of parent/guardian)

Relation to the child

Child mother

Child father

**that my child:** \_\_\_\_\_  
Name of the patient

\_\_\_\_\_  
Patient's address

- is diagnosed/treated at the Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Peters and colleagues by means of multimodal measures.
- I expressly agree to the preparation and issue of reports, expert opinions or other certificates.

YES  NO

- I agree that my pediatrician/family physician will receive a report each quarter ("Berichtspflicht für Psychotherapieleistungen" Section 35.1 / 35.2, 1/1/2007).

YES  NO

I hereby release the Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Peters and Colleagues from the duty of confidentiality towards the following person(s)/institution (e.g., school, offices):

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Name

Berlin, \_\_\_\_\_ (Date)

Signature \_\_\_\_\_  
Name of parent/guardian

# 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!**