

**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, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte/Ärztinnen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte/Ärztinnen oder PsychotherapeutInnen, 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 / PsychotherapeutInnen, 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 berechnigte 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. Umgang mit Ihren Daten in der internen/interdisziplinären Zusammenarbeit

Der/die Unterzeichnende erklärt sich mit der Unterschrift ausdrücklich bereit, die Schweigepflicht gemäß §203 StGB und anderen relevanten Vorschriften der Datenschutzgesetze gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MVZ Peters und Kollegen im Rahmen der internen Zusammenarbeit zu entbinden, soweit dies für die ordnungsgemäße Durchführung der medizinischen Behandlung, der Betreuung oder anderer Dienstleistungen erforderlich ist.

#### 6. 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

**7. Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 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) BERICHTSPFLICHT NACH EBM 2.1.4 AN DEN HAUSARZT/KINDERARZT**

Bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift die von Ihnen gewünschte Regelung:

- Ich habe keinen Hausarzt/Kinderarzt.
- Ich werde Sie informieren, wenn ich einen Bericht wünsche.
- Ich wünsche keinen Bericht an den Kinderarzt/Hausarzt.

**D) 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 \_\_\_\_\_  
Patient/ bzw. Sorgeberechtigte/r                      Patient/- bzw. Sorgeberechtigte/r

Bei gemeinsamem Sorgerecht unterschreiben bitte **beide** Sorgeberechtigten.

# 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

**IV. Angaben zu Geschwistern (G), Halbgeschwistern (HG), Stiefgeschwistern (SG) (falls vorhanden)**

- Wie viele Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister) leben mit im Haushalt? \_\_\_\_\_

Name, Vorname	Alter	Körperliche / psychische Probleme	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> HG <input type="checkbox"/> SG
---------------	-------	-----------------------------------	--

Name, Vorname	Alter	Körperliche / psychische Probleme	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> HG <input type="checkbox"/> SG
---------------	-------	-----------------------------------	--

Name, Vorname	Alter	Körperliche / psychische Probleme	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> HG <input type="checkbox"/> SG
---------------	-------	-----------------------------------	--

**V. Vorgeschichte**

**a) Geburt**

- Alter der Mutter bei Geburt: \_\_\_\_\_ Jahre
- Geplante Schwangerschaft:  nein  ja
- Kinderwunschbehandlung:  nein  ja
- Schwangerschaftskomplikation  nein  ja, welche:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Haben Sie als Mutter/ Vater die Schwangerschaft als belastend erlebt?*

Körperlich: gar nicht 1 2 3 4 5 sehr belastend

Psychisch: gar nicht 1 2 3 4 5 sehr belastend

*Diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft:*

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Geburtslänge: \_\_\_\_\_

Kopfumfang: \_\_\_\_\_ Dauer der Geburt: \_\_\_\_\_

Geburt in der Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt:

nein  ja, beim Kind: \_\_\_\_\_

ja, bei der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsmodus:

Spontangeburt  Zangengeburt  Not-Kaiserschnitt

Vakuumextraktion  Geplanter Kaiserschnitt

**b) Entwicklung im Kleinkindalter**

Freies Sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Erste Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten

Erste Sätze mit \_\_\_\_\_ Monaten

Tags trocken mit \_\_\_\_\_ Monaten

Nachts trocken mit \_\_\_\_\_ Monaten

*Gab es Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (z.B. Unruhe, beim Essen, in sozialen Kontakten, im Schlafverhalten)?*

nein

ja, diese: \_\_\_\_\_

**c) Vorschulische Entwicklung**

Besuch Krippe  nein  ja

Besuch Kindergarten  nein  ja

- Wie ist / war das Verhalten in Krippe / Kindergarten?  unauffällig  es gibt / gab Schwierigkeiten, weil:  
 \_\_\_\_\_

**d) Schulische Entwicklung**

- Wann wurde Ihr Kind eingeschult? \_\_\_\_\_

- Schulart? \_\_\_\_\_

- 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!**

## Psychiatrie Behandlungsvertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Behandlung wird zwischen den Mitarbeiter:innen der Praxis MVZ Peters und Kollegen, nachfolgend **Praxis** genannt,

und

Frau/Herrn \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

ggf. Sorgeberechtigte/r mit Anschrift  
\_\_\_\_\_

nachfolgend **Patient:in** genannt

die Durchführung einer psychiatrischen Behandlung vereinbart.

Die Behandlungskosten sollen gemäß nachfolgender Erklärung des/der Patienten:in abgerechnet werden:

Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der: \_\_\_\_\_

Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.

Ich bin privat versichert bei \_\_\_\_\_

Die Psychiatriekosten werden mir gemäß **GOÄ**<sup>1</sup> in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz, in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.

Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

Die Psychiatriekosten werden mir gemäß **GOÄ**<sup>1</sup> in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz, in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet.





Ich möchte die Behandlungskosten selbst zahlen.

Die Psychiatriekosten werden mir gemäß **GOÄ**<sup>1</sup> in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz, in Rechnung gestellt.

Die Behandlungskosten werden von folgendem Kostenträger  
übernommen:  
\_\_\_\_\_

**Ich verpflichte mich, dass ich mich selbst um die Kostenübernahme bemühe:**

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei § 13 Abs. 2<sup>2</sup> oder 3<sup>3</sup> SGB V) schuldet der/die Patient:in das Honorar der Praxis in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt bei privaten Versicherten gemäß **GOÄ mit dem bis zu 3,5-fachen Steigerungssatz. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten nicht immer von der Krankenkasse in voller Höhe übernommen werden.**

	
Ort	Datum
	
Unterschrift Patient:in/Sorgeberechtigte:r	Unterschrift Praxis

Das Original des Behandlungsvertrages verbleibt in der Praxis. Der/die Patient:in erhält eine Zweitschrift.

1 Gebührenordnung der Ärzte

2 Kostenerstattungsvereinbarung mit der gesetzlichen Krankenkasse gem. § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

3 Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenkasse bei selbstbeschaffter Leistung gem. § 13 Abs. 3 SGB V