

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
Mühlenstraße 17
12247 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) REPORTING REQUIREMENT ACCORDING TO EBM 2.1.4 TO THE GENERAL PRACTITIONER/PEDIATRICIAN

Please confirm with your signature the arrangement you prefer:

I do not have a general practitioner/pediatrician.

I will inform you when a report is needed.

I do not want a report to the pediatrician/general practitioner.

E) 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

The undersigned expressly agrees with their signature to waive the confidentiality obligation in accordance with §203 of the German Criminal Code (StGB) and other relevant data protection regulations towards the employees of the MVZ Peters and colleagues within the scope of internal collaboration, insofar as this is necessary for the proper execution of medical treatment, care, or other services.

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 Parents / Guardian

In case of shared custody, the signatures of **both** parents are needed.

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**¹ 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**¹ 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**¹ 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. 2² oder 3³ 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