

**Dear Patient,**

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:**

- insurance card
- Starter pack
- If available, current doctor's letters or reports from previous therapies

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) 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.

I will inform you when a report is needed.

I do not want a report to the general practitioner.

**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

**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 \_\_\_\_\_

Patient

## Psychotherapie-Vertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen den MitarbeiterInnen der Praxis MVZ Peters und Kollegen, nachfolgend **Psychotherapeut\*in bzw. Praxis** genannt

und

Frau/Herrn _____ geb. am: _____	
Adresse: _____	
Telefonnummer _____	E-Mail-Adresse: _____

nachfolgend **Patient\*in** genannt

die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

Die Psychotherapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des/der Patienten\*in abgerechnet werden:





<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert bei _____ Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in <b>gemäß GOP<sup>1</sup> mit dem 3,5-fachen Satz</b> Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.
<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle: _____ Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in <b>gemäß GOP mit dem 3,5-fachen Satz</b> in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet.
<input type="checkbox"/> Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen. Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in <b>gemäß GOP mit dem 3,5-fachen Satz</b> in Rechnung gestellt.
<input type="checkbox"/> Die Psychotherapiekosten werden von folgendem Kostenträger übernommen: _____ _____

**Ich verpflichte mich, dass ich mich selbst um die Therapiekostenübernahme 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 **GOP mit dem 3,5-fachen Steigerungssatz. Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer von der Krankenkasse in voller Höhe übernommen werden.** Gesetzlich Versicherte werden gemäß dem aktuell gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) berechnet.

**Zusätzlich vereinbaren Patient\*in und Psychotherapeut/in folgendes:**

Der/die Patient\*in verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens **24** Stunden vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem/der Patienten/in **50 %** von dem/der Psychotherapeuten\*in zustehendes Honorar in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der/die Patient\*in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

	
Ort	Datum
	
Unterschrift Patient*in	Unterschrift Psychotherapeut*in

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

Das **Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie** habe ich erhalten, gelesen und erkläre mich einverstanden.



Unterschrift Patient/in

- 1 Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- 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

## ANAMNESEBOGEN

DATUM:    .    .

NAME: \_\_\_\_\_ ggf. GEBURTSNAME: \_\_\_\_\_

VORNAME: \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM    .

### Derzeitige Lebenssituation

#### 01 Geschlecht

- 01  männlich  
 02  weiblich  
 03  divers

#### 02 Familienstand

- 01  ledig  
 02  verheiratet seit \_\_\_\_\_ (Jahr)  
 03  verwitwet seit \_\_\_\_\_ (Jahr)  
 04  feste Partnerschaft seit \_\_\_\_\_ (Jahr)  
 05  geschieden seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

#### 03 Kinder

- 01  Ich habe keine Kinder.  
 02  Ich habe Kinder: \_\_\_\_\_ (Anzahl); Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

#### 04 Wohnsituation (Mehrfachnennung möglich)

Ich lebe...

- 01  Eigentum (in Wohnung/Haus)  
 02  zur Miete (in Wohnung/Haus)  
 03  in Wohngemeinschaft (therapeutisch betreut)  
 04  in Wohngemeinschaft (privat)  
 05  mit Ehe-/Lebenspartner  
 06  mit Kind(ern); Alter: \_\_\_\_\_  
 07  Seniorenwohnheim; -pflegeheim  
 08  mit Eltern/Schwiegereltern

#### 05 Nationalität

- 01  deutsch  
 02  andere: \_\_\_\_\_

**06 Konfession**

- 01  keine  
 02  evangelisch  
 03  katholisch  
 88  andere, und zwar: \_\_\_\_\_

**07 Höchster Schulabschluss**

- 01  kein Schulabschluss  
 02  noch in Schulausbildung  
 03  Hauptschulabschluss  
 04  Realschulabschluss/Primarschule  
 05  Gymnasialschulabschluss  
 06  (Fach-)Hochschul-/Universitätsabschluss  
 88  anderer Schulabschluss: \_\_\_\_\_

**08 Höchster Berufsabschluss**

- 01  keine Berufsausbildung  
 02  abgeschlossene  
 Berufsausbildung  
 03  Meisterprüfung

**09 Erlerner Beruf:**

**10 Derzeitig bzw. zuletzt ausgeübter Beruf:**

**11 Derzeitige Haupteinkommensquelle (bitte nur eine Antwort)**

- |   |   |
|---|---|
| 01 <input type="radio"/> Arbeitstätigkeit           | 05 <input type="radio"/> Unterhalt (Ehe)Partner |
| 02 <input type="radio"/> Rente                      | 06 <input type="radio"/> Hartz IV/Sozialhilfe   |
| 03 <input type="radio"/> Unterstützung durch Eltern | 07 <input type="radio"/> Arbeitslosengeld       |
| 04 <input type="radio"/> BaföG (u.a.)               | 88 <input type="radio"/> sonstiges:             |

**12 Arbeitsunfähigkeit (AU)**

- 01  Sind Sie aktuell arbeitsunfähig krankgeschrieben?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ Wochen  
 02  Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente gestellt?  nein  ja  
 03  Besteht aktuell diesbezüglich ein Sozialgerichtsverfahren?  nein  ja  
 04  Waren Sie im Laufe der vergangenen 12 Monate länger-  nein  ja, \_\_\_\_\_ Wochen  
 fristig krankgeschrieben?



## Familiengeschichte

### 13 Eltern

01  Geburtsjahr der Mutter: \_\_\_\_\_  
 Beruf der Mutter während meiner Kindheit:

02  Geburtsjahr des Vaters: \_\_\_\_\_  
 Beruf des Vaters während meiner Kindheit:

### 14 Hat ein Mitglied Ihrer Herkunftsfamilie an psychischen Problemen wie Ängsten, Depressionen, Alkoholproblemen, Epilepsie, Psychosen, Schizophrenie, manisch-depressiven Erkrankungen o.a. gelitten?

01  nein

02  ja; bitte angeben, wer unter welchen psychischen Problemen litt/leidet:

### 15 Geschwister

01  keine Geschwister

02  Anzahl der leiblichen Geschwister: \_\_\_\_\_

03  Anzahl anderer Geschwister (Halb-, Stief-, Adoptiv-, Pflegegeschwister): \_\_\_\_\_

### 16 Waren Sie als Kind/Jugendliche(r) häufiger krank als andere Kinder/Jugendliche?

01  nein

02  ja, Krankheiten:

### 17 Tod von Angehörigen/wichtigen Bezugspersonen (Partner/in, Mutter, Vater, Geschwister, andere)

Wer? \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ Wer? \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Wer? \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ Wer? \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

## Beschwerden und Vorbehandlungen

### 18 Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden, derentwegen Sie zu uns gekommen sind, und seit wann Sie darunter leiden:

Beschwerde/Problem:

Seit:

**19 Wie stark fühlen Sie sich zurzeit insgesamt durch Ihre Probleme belastet?**

- 01  gar nicht      02  wenig      03  mittelmäßig      04  stark      05  sehr stark

**20 In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich besonders beeinträchtigt? (mehrere Antworten möglich)**

- |  |   |
|--|---|
| 01 <input type="radio"/> Paarbeziehung         | 05 <input type="radio"/> allgemeiner Bewegungsspielraum |
| 02 <input type="radio"/> Familiensituation     | 06 <input type="radio"/> körperliche Gesundheit         |
| 03 <input type="radio"/> Berufsausübung        | 07 <input type="radio"/> Freizeitbereich                |
| 04 <input type="radio"/> finanzielle Situation | 08 <input type="radio"/> Kontakt zu anderen Menschen    |
| 09 <input type="radio"/> sonstige Bereiche:    |   |

**21 Sind Sie jemals wegen psychischer Probleme (z.B. Depressionen, Ängste, Zwänge) behandelt worden?**

- 01  nein  
 02  ja, geben Sie bitte Anlass, Zeitpunkt und Art der Behandlung an:


**22 Haben Sie zurzeit ernsthafte Probleme mit Ihrer körperlichen Gesundheit, oder sind bei Ihnen körperliche Krankheiten bekannt?**

- 01  nein  
 02  ja, welcher Art sind diese körperlichen Gesundheitsprobleme?




**25 Bitte geben Sie Ihre wichtigsten Kontaktadressen an!**

**Krankenkasse:**

Name

Straße

Telefon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gesetzliche Krankenkasse

private Krankenkasse

PLZ/Ort

Fax

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hausarzt/-ärztin:**

Name

Straße

Telefon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

Fax

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nervenarzt/-ärztin bzw. Psychiater/-in:**

Name

Straße

Telefon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

Fax

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sonstige Ärzte/Therapeuten:**

Name

Straße

Telefon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

Fax

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**26** Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu verschiedenen psychischen Beschwerden. Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch wenn Sie in den jeweiligen Bereichen keinerlei Schwierigkeiten haben.

1. Gab es im jemals eine Zeitspanne, in der Sie sich fast jeden Tag durchgängig sehr **niedergeschlagen, traurig oder hoffnungslos** fühlten?  
 nein                       ja
2. Gab es jemals Zeiten, in denen Sie das **Interesse an Dingen und Aktivitäten verloren** haben, die Ihnen sonst Freude machten?  
 nein                       ja
3. Gab es jemals eine Zeit, in der sie sich **übermäßig gut oder euphorisch** fühlten, evtl. so dass andere dachten, es wäre etwas nicht in Ordnung?  
 nein                       ja
4. Hatten Sie jemals einen **Angstanfall**, bei dem Sie ganz plötzlich in panischen Schrecken gerieten oder panische Angst hatten, ohne dass tatsächlich eine Gefahr für Ihr Leben oder das Leben anderer bestand?  
 nein                       ja
5. Gibt es **Situationen oder Objekte**, die sie besonders **fürchten** oder die Sie wegen Angstgefühlen meiden, z.B. Aufzug fahren, enge Räume, Menschenmengen, öffentliche Verkehrsmittel, Tunnel, Brücken, Hunde oder Spinnen?  
 nein                       ja, welche Situationen/ Objekte? \_\_\_\_\_
6. Haben oder hatten Sie schon einmal **Angst** davor oder war es Ihnen sehr unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu **sprechen, zu essen oder zu schreiben**?  
 nein                       ja, welche Situationen? \_\_\_\_\_
7. Waren Sie irgendwann einmal **monatelang sehr ängstlich** oder besonders **nervös** oder machten sich viele **Sorgen** um Dinge, die schief gehen könnten?  
 nein                       ja, worum ging es dabei? \_\_\_\_\_
8. Haben Sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder **traumatisches Ereignis** erlebt, wie z.B. eine ernsthafte Bedrohung des eigenen Lebens oder des Lebens von Menschen, die Ihnen nahe standen, eine Vergewaltigung, andere Gewalttaten, der plötzliche Verlust Ihres Zuhauses?  
 nein                       ja, welches Ereignis? \_\_\_\_\_
9. Leiden Sie unter **sexuellen Problemen** (z.B. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, fehlende Erregung, vorzeitige Ejakulation, o.Ä.)?  
 nein                       ja

10. Haben Sie sich jemals durch Schneiden, Brennen, Ritzen, etc. absichtlich **selbst verletzt**?  
 nein                       ja
11. Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer wieder tun mussten und nicht damit aufhören konnten, z.B. **Hände waschen, Fenster und Türen kontrollieren**?  
 nein                       ja, welche Dinge? \_\_\_\_\_
12. Haben Sie jemals unter **Gedanken gelitten, die unsinnig** waren oder immer **wiederkehrten**, auch wenn Sie es gar nicht wollten?  
 nein                       ja, welche Gedanken? \_\_\_\_\_
13. Gab es jemals eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie 5 oder mehr Gläser **Alkohol** getrunken haben (Bier, Wein oder Likör)?  
 nein                       ja
14. Hatten Sie jemals Probleme mit **Alkoholkonsum** oder haben andere das jemals behauptet?  
 nein                       ja
15. Haben Sie jemals **Medikamente oder Drogen** vorübergehend oder über längere Zeit eingenommen, um besser schlafen zu können, Gewicht zu verlieren oder Ihre Stimmung zu verbessern?  
 nein                       ja
16. Leiden Sie unter **chronischen Schmerzen** (> 6 Monate), die Sie in Ihrer Lebensqualität deutlich beeinträchtigen?  
 nein                       ja
17. Mussten Sie **häufig zum Arzt** gehen, weil Sie Beschwerden hatten oder sich nicht wohl fühlten?  
 nein                       ja
18. Machten Sie sich viele Sorgen um Ihre Gesundheit oder hatten Sie oft **Angst, ernsthaft krank zu sein**?  
 nein                       ja
19. Sind Sie sich schon einmal **bedroht oder verfolgt** vorgekommen von anderen Personen oder Organisationen?  
 nein                       ja
20. Waren Sie jemals davon überzeugt, dass irgendjemand oder irgendeine **Kraft oder Macht** von außen Ihre Gedanken oder Handlungen gegen Ihren Willen **beeinflusste oder steuerte**?  
 nein                       ja

21. Haben Sie jemals Dinge gehört (oder gesehen), die andere Leute nicht hören (oder sehen) konnten, wie z.B. Geräusche oder **Stimmen** von Menschen?  
 nein                       ja
22. Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie **untergewichtig** waren oder andere Sie für untergewichtig hielten?  
 nein                       ja
23. Hatten Sie schon einmal **Essanfälle**, bei denen Sie innerhalb kurzer Zeit eine ungewöhnlich große Menge von Nahrung zu sich nahmen?  
 nein                       ja, wie oft in den letzten 3 Monaten? \_\_\_\_\_
24. Fällt es Ihnen häufig schwer, längere Zeit konzentriert bei einer Sache zu bleiben, oder machen Sie häufig Flüchtigkeitsfehler oder bringen Dinge nicht zu Ende?  
 nein                       ja
25. Gab es jemals erheblich Probleme mit Ihrem Gedächtnis oder dem Konzentrationsvermögen?  
 nein                       ja

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**