

**FachärztInnen für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, -psychotherapie**
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Bleickenallee 38 · 22763 Hamburg

Medizinisches Versorgungszentrum am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Bleickenallee 38 | 22763 Hamburg

Telefon: (040) 88908-966
Telefax: (040) 88908-950
kjp@mvz-am-akk.de
www.mvz-am-akk.de

Hamburg, 16.09.19

Sehr geehrte **Eltern**,

um Ihr Kind bestmöglich versorgen zu können, brauchen wir vorab Ihre Mithilfe.
Bevor wir einen Termin anbieten können, ist es wichtig, dass Sie uns den beiliegenden Anmeldebogen und die unten aufgeführten Unterlagen **vollständig ausgefüllt und unterschrieben innerhalb von 14 Tagen** an uns zurückschicken.

Nach Eingang Ihrer Unterlagen werden wir Sie zeitnah kontaktieren (telefonisch oder per Mail) und mit Ihnen einen Termin für ein Erstgespräch vereinbaren.

Bitte schicken Sie zudem folgende Unterlagen mit:

- vorliegende Arztbriefe und Test-Befunde **in Kopie**
- bei Schulkindern die letzten beiden Zeugnisse **in Kopie**

Zum Termin bringen Sie bitte dann mit

- Krankenkassen-Versichertenkarte
- das gelbe U-Heft

Unsere Anschrift lautet:

**Medizinisches Versorgungszentrum
am Altonaer Kinderkrankenhaus
-Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie-
Bleickenallee 38
22763 Hamburg**

Oder per Mail an:

kjp@mvz-am-akk.de

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und stehen Ihnen für weitere Fragen und bei Problemen bei der Beantwortung des Anmeldebogens gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr MVZ-Team

Anmeldebogen (Bitte füllen Sie Ihre Kontaktdaten vollständig und leserlich aus)

Dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung; deshalb sollten Sie die Fragen zuhause so genau wie möglich beantworten. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich in der gleichen, streng vertraulichen Weise behandelt, wie alle Ihre anderen persönlichen Mitteilungen während Beratung und Behandlung. Vielen Dank für Ihre Mühe und ihr Engagement für die Gesundheit Ihres Kindes!

Angaben zum Kind und der Familie

Name des Kindes/ Jugendlichen.: _____

geboren am _____

Str./PLZ/ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Emailadresse: _____

Krankenversicherung: _____

über wen ist das Kind versichert: _____

Behandelnder Kinderarzt (für den Arztbrief): _____

Mutter

Name der Mutter, Geburtsjahr _____

Beruf, Schulabschluss _____

Vater

Name des Vaters, Geburtsjahr _____

Beruf, Schulabschluss _____

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:

- getrennt/geschieden seit _____
- haben nie zusammengelebt
- Leben zusammen
- durch den Tod getrennt

Derzeitige Betreuung des Kindes durch: _____

Wer ist **sorgeberechtigt**: _____

Wenn nur ein Elternteil sorgeberechtigt ist: Bitte bringen Sie eine **schriftliche Bescheinigung** vom Jugendamt mit, dass nur Sie alleine sorgeberechtigt sind.

Bei gemeinsamem Sorgerecht bei getrenntlebenden Eltern bitte **beiliegendes Formular vom Elternteil ausfüllen und unterschreiben lassen, welcher nicht am Termin teilnehmen wird.**

Derzeitige **Wohnsituation**:

- Das Kind wohnt zur Zeit mit/ bei
- einem Elternteil: _____
 - Pflegefamilie
 - leiblichen Eltern
 - betreute Wohneinrichtung: _____
 - Adoptivfamilie



Wie ist das Verhältnis	Sehr gut	gut	ok	konfliktreich	kaum Kontakt
zum Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zur Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zu den Geschwistern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Eltern untereinander	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gibt es psychische Erkrankungen in der Familie? ja – welche? _____
 nein

Weitere **Belastungen** – innerfamiliäre Konflikte, finanzielle oder gesundheitliche Sorgen?

Geschwister (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

Name, Vorname	geb.	Schule/Beruf	ggf. bes. Probleme/Erkr.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Entwicklungsanamnese

Schwangerschaft

- geplant komplikationslos
- Komplikationen, welche:

Geburt

Schwangerschaftswoche: _____

Geburtsverlauf: natürlich Kaiserschnitt komplikationslos
Komplikationen während der Geburt: _____

Geburtsgewicht: _____ APGAR: _____

Länge: _____ Stillen: ja/nein – über _____ Monate

Entwicklungsschritte

motorische Entwicklung – bspw. erste Schritte mit: _____

sprachliche Entwicklung – bspw. erste Worte mit: _____

Gab oder gibt es **Auffälligkeiten/Probleme**

in der **Sprachentwicklung**?:

bei der **Sauberkeitserziehung**?

trocken tagsüber: _____ trocken nachts: _____

Stuhlgang (Toilette): _____



beim **Sehen**? (z.B. Brille/ Sehkraft): _____

beim **Hören**? (z.B. Mittelohrentzündung, Röhrrchen): _____

Fütter- oder **Gedeih**störungen? _____

Vorerkrankungen des Kindes

Kinderkrankheiten _____

Unfälle (welcher Art, wann?): _____

Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?): _____

Allergien/Unverträglichkeiten?: _____

Behandlungen durch Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie o.ä.?

Findet zurzeit eine Behandlung in einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, einem sozialpädiatrischen Zentrum oder einer der Institutsambulanzen der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie statt?

ja, bei _____

nein

Wann waren Sie zuletzt dort vorstellig? _____

Medikamente: _____

Kindergarten- und Schulbesuch

Betreuung im ersten Lebensjahr? _____

Besuchte Ihr Kind

Krippe

Kindergarten

andere:

Alter bei Eintritt: _____

halbtags

ganztags

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung und wenn ja, welche:

Schule

Alter bei Einschulung: _____ Einschulung in welche Schule: _____

Aktuelle Schulform: _____

Klassenstufe: _____

Gab es Wechsel/ Wiederholungen, andere Probleme beim Schulbesuch?



Wie ist das Verhältnis	Sehr gut	gut	ok	konfliktreich	kaum Kontakt
zu den Lehrern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zu den Mitschülern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Freizeitbeschäftigungen

Welche **Hobbies** hat Ihr Kind? _____

Hat Ihr Kind **Freunde**? _____

Wie viel Zeit täglich verbringt Ihr Kind mit **Medien**? (PC, Konsole, Tablet, Handy usw.)

Welche **Stärken** hat Ihr Kind?

In welchen Bereichen hat ihr Kind **Schwierigkeiten**?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Aggressionen | <input type="radio"/> Bauch- oder
Kopfschmerzen | <input type="radio"/> zwanghaftes Verhalten |
| <input type="radio"/> Ängste | <input type="radio"/> Einnässen | <input type="radio"/> Konzentrationsprobleme |
| <input type="radio"/> Schulabsentismus | <input type="radio"/> Einkoten | <input type="radio"/> Lese- und Rechtschreib-
schwäche |
| <input type="radio"/> Essstörung | <input type="radio"/> Schlafstörungen | <input type="radio"/> Rechenschwäche |
| <input type="radio"/> depressive
Symptomatik | | |

Was ist der **Anlass der Vorstellung** in unserem medizinischen Versorgungszentrum:

Wer hat Ihnen die Vorstellung bei uns empfohlen? _____

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Vorstellung von _____
im Medizinischen Versorgungszentrum am Altonaer Kinderkrankenhaus**

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

Psychische Symptome oder Beschwerden können auch durch körperliche Erkrankungen verursacht sein. Gegebenenfalls wird Ihnen im Erstgespräch mitgeteilt, welche Untersuchungen beim Kinderarzt/ Allgemeinmediziner noch erfolgen müssen.



Einverständnis-Erklärung des getrenntlebenden sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass
mein Sohn meine Tochter

Name: _____, Vorname: _____,
geb.: _____

wohnhaft: _____

im **Medizinischen Versorgungszentrum am Altonaer Kinderkrankenhaus**

FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie

untersucht und behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich
die Mutter (Name: _____)

den Vater (Name: _____)

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtsentbindungen vorzunehmen.

(Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r)

Name des/der Unterzeichnenden: _____
(getrenntlebenden sorgeberechtigten Elternteils)

Anschrift des/der Unterzeichnenden: _____

(Straße, PLZ, Ort): _____

Telefonnummer des/der Unterzeichnenden: _____



Zusätzliche Vereinbarung ambulante Behandlung

Wir nehmen uns für die Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes Zeit, die wir **nicht** anderweitig verplanen. Unsere Kinder- und Jugendpsychiatrische Sprechstunde läuft **nach Vereinbarung**. Wir bieten **keine Akut-Sprechstunden in der KJP an**.

Deshalb eine dringende Bitte: Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, setzen Sie sich bitte so früh wie möglich mit uns in Verbindung und vereinbaren mit uns einen neuen Termin, **unter den o.g. Kontaktdaten** (gerne auch per Mail). Bei kurzfristigen Absagen (weniger als 24 Stunden vor dem Termin) und bei Nicht-Erscheinen zum vereinbarten Termin sehen wir uns leider gezwungen Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von

50,00 Euro

in Rechnung zu stellen.

Bitte schicken Sie uns daher zusammen mit dem ausgefüllten Anamnesebogen die folgende Erklärung unterschrieben zurück:

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich den vereinbarten Behandlungstermin für

Name: _____, **Vorname:** _____, **geb.** _____

nicht wahrnehmen kann, **diesen spätestens 24 Stunden** vorher absagen muss. Ich bin darüber informiert worden, dass mir für jeden nicht rechtzeitig abgesagten und nicht wahrgenommenen Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von

50,00 Euro

durch die MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH in Rechnung gestellt wird. Dieser Betrag muss von mir selbst bezahlt werden, ohne dass eine Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenkasse oder eine private Krankenversicherung besteht.

Mit dieser Regelung bin ich einverstanden.

Hamburg, den

.....
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter



Schweigepflichtsentbindung

Name des **Kindes/ Jugendlichen**.: _____

geboren am _____

Str./PLZ/ Ort: _____

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte/Therapeuten des MVZ am AKK von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen/Institutionen, um Behandlungs- und betreuungsrelevante Informationen auszutauschen sowie therapeutische Vorgehensmöglichkeiten zu besprechen.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt wechselseitig. Diese kann jederzeit widerrufen werden.

Datum, Unterschrift des Sorgeberechtigten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (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 in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH

Bleickenallee 38

22763 Hamburg

Fon: 040 88908 966

Fax: 040 88908 950

E-Mail: kjp@mvz-am-akk.de

www.mvz-am-akk.de

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 erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, 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 / Psychotherapeuten, 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. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit

Ludwig-Erhard-Str. 22, 7.OG

20459 Hamburg

Tel.: 040/ 428 54 – 40 40

Fax: 040/ 428 54 – 40 00

mailbox@datenschutz.hamburg.de

6. 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.

Ihr Praxisteam

