



**Geschäftsführung**

Christiane Dienhold  
Sven Höpfner

Oberärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Heike Abel

Telefon: (040) 88908-966

Telefax: (040) 88908-272

[kjp@mvz-am-akk.de](mailto:kjp@mvz-am-akk.de)

[www.mvz-am-akk.de](http://www.mvz-am-akk.de)

Medizinisches Versorgungszentrum am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH  
Bleickenallee 38 | 22763 Hamburg

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.

**Bitte beachten Sie**, dass bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht, die Unterschrift von beiden Elternteilen notwendig wird.

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**
- weitere Unterlagen, wie bspw. Nachweis über alleiniges Sorgerecht 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](mailto: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

---

weiblich       männlich       divers

Str./PLZ/ Ort:

---

Telefonnummer:

---

Emailadresse:

---

Krankenversicherung:

---

über wen ist das Kind versichert:

---

behandelnde kinderärztliche Praxis:

---

**Mutter**

Name der Mutter, Geburtsjahr

---

Beruf, Schulabschluss

---

**Vater**

Name des Vaters, Geburtsjahr

---

Beruf, Schulabschluss

---

**Beziehungsstatus** der leiblichen Eltern:

- verheiratet, seit \_\_\_\_\_
- getrennt, seit \_\_\_\_\_
- sonstiges, \_\_\_\_\_
- leben zusammen (Partnerschaft)
- geschieden, seit \_\_\_\_\_

Derzeitige Betreuung des Kindes durch: \_\_\_\_\_

Wer ist **sorgeberechtigt**: \_\_\_\_\_

Wenn nur ein Elternteil sorgeberechtigt ist: Bitte übersenden Sie vorab 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 <b>Verhältnis</b>	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 – wer und 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:  ja  nein  komplikationslos
- Komplikationen, welche: \_\_\_\_\_

**Geburt**

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_  
 Geburtsverlauf:  natürlich  komplikationslos  Kaiserschnitt  
 Komplikationen während der Geburt: \_\_\_\_\_  
 Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_  
 Länge: \_\_\_\_\_ Stillen:  ja, über \_\_\_\_\_ Monate  nein

**Entwicklungsschritte**

motorische Entwicklung – bspw. erste Schritte mit: \_\_\_\_\_  
 sprachliche Entwicklung – bspw. erste Worte mit: \_\_\_\_\_  
 wächst mehrsprachig auf \_\_\_\_\_  
 Muttersprache: \_\_\_\_\_

Gab oder gibt es **Auffälligkeiten/Probleme**

in der **Sprachentwicklung**?: \_\_\_\_\_  
 bei der **Sauberkeitserziehung**? \_\_\_\_\_  
 trocken tagsüber: \_\_\_\_\_ trocken nachts: \_\_\_\_\_  
 Stuhlgang (Toilette): \_\_\_\_\_



beim **Sehen**? (z.B. Brille/ Sehstärke): \_\_\_\_\_

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

**Fütter-** oder **Gedeihstörungen**? \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen des Kindes**

Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_

Unfälle (welcher Art, wann?): \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?): \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten?: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

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

Begleitung durch **Jugendamt/ Allgemeinen sozialen Dienst**?  ja, seit \_\_\_\_\_, durch \_\_\_\_\_  nein

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

Aktuelle Schulform: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

Klassenstufe: \_\_\_\_\_

Gab es Wechsel/ Wiederholungen, andere Probleme beim Schulbesuch?

Wie ist das <b>Verhältnis</b>	sehr gut	gut	ok	konfliktreich	kaum Kontakt
zu den Lehrer:Innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zu den Mitschüler:Innen	<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"/> Bauchschmerzen   | <input type="radio"/> zwanghaftes Verhalten          |
| <input type="radio"/> Ängste                 | <input type="radio"/> Kopfschmerzen    | <input type="radio"/> Konzentrationsprobleme         |
| <input type="radio"/> Schulabsentismus       | <input type="radio"/> Einnässen        | <input type="radio"/> Lese- und Rechtschreibschwäche |
| <input type="radio"/> Essstörung             | <input type="radio"/> Einkoten         | <input type="radio"/> Rechenschwäche                 |
| <input type="radio"/> depressive Symptomatik | <input type="radio"/> Schlafstörungen  |  |
|  | <input type="radio"/> Suchtproblematik |  |

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**

Fachärzt:Innen 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:In/gesetzlicher Vertreter:In



## Schweigepflichtsentbindung

Name des Kindes/ Jugendlichen.: \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Str./PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzt:Innen/Therapeut:Innen 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 der/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](mailto:kjp@mvz-am-akk.de)

[www.mvz-am-akk.de](http://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](mailto: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