



Geschäftsführung

Christiane Dienhold
Sven Höpfner

Medizinisches Versorgungszentrum am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Bleickenallee 38 | 22763 Hamburg

Telefon: (040) 88908-966
Telefax: (040) 88908-272
kjp@mvz-am-akk.de
www.mvz-am-akk.de

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, -psychosomatik 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

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 _____
- leben zusammen (Partnerschaft)
- getrennt, seit _____
- geschieden, seit _____
- sonstiges, _____

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: _____
- leiblichen Eltern
- Pflegefamilie
- betreute Wohneinrichtung: _____
- Adoptivfamilie

Wie ist das Verhältnis	sehr gut	gut	ok	konfliktreich	kaum Kontakt
zum Vater	<input type="radio"/>				
zur Mutter	<input type="radio"/>				
zu den Geschwistern	<input type="radio"/>				
der Eltern untereinander	<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,Röhrchen): _____

Fütter- oder **Gedehstörungen**?: _____

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 Verhältnis	sehr gut	gut	ok	konfliktreich	kaum Kontakt
zu den Lehrer:Innen	<input type="radio"/>				
zu den Mitschüler:Innen	<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

100,00 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** unter der Telefonnummer **040 88908966** oder per E-Mail **kip@mvz-am-akk.de** vorher absagen muss. Ich bin darüber informiert worden, dass mir für jeden nicht rechtzeitig abgesagten und nicht wahrgenommenen Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von

100,00 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

Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Kontaktdaten des Kindes, des Patienten:

Name, Vorname.....

Geburtsdatum.....

Anschrift

A Einwilligung in Einsichtnahme in Unterlagen früherer Behandlungen

Eine gute Behandlung setzt meist die Kenntnis von Unterlagen früherer Behandlungen bzw. Ihrer Krankengeschichte voraus. Zur Gewährleistung einer guten und vollumfassenden Behandlung nutzen wir in der MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH (MVZ am AKK) eine Patientenverwaltung sowie elektronische Patientenakte (im Folgenden zusammen „Systeme“ genannt). Des Weiteren wird ggfs. während der Behandlung der Zugriff auf die Patientenverwaltung in der AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH (AKK) und des UKE-Konzerns ¹ notwendig.

Durch die Erteilung Ihrer Einwilligung ermöglichen Sie die Einsichtnahme in Ihre gegebenenfalls in den Systemen bereits vorhandenen Informationen (einschließlich Ihrer Gesundheitsdaten) aus früheren Aufenthalten und Behandlungen im MVZ am AKK sowie UKE-Konzern für Ihre aktuelle Behandlung durch unser Fachpersonal. Unser Fachpersonal ist dann berechtigt, diese Informationen zum Zwecke Ihrer Behandlung zu verarbeiten. Die kann die Informationsgrundlage für Ihre Behandlung bei uns wesentlich verbessern. Aufgrund der hohen Komplexität medizinischer Leistungen ist eine vollständige Zusammenführung aller Behandlungsdokumentationen im MVZ am AKK sowie im AKK und UKE-Konzern jedoch nicht automatisch möglich. Weisen Sie daher bitte das Fachpersonal zusätzlich auf Behandlungen im AKK oder in anderen Teilen des UKE-Konzerns oder auch bei anderen Behandelnden hin, wenn Sie der Meinung sind, dass diese für Ihren aktuelle Behandlung relevant sein könnten.

Nicht von Ihrer Einwilligung erfasst ist hingegen die Einsichtnahme in etwaige psychiatrische und psychotherapeutische Dokumente aus Behandlungen im Zentrum für Psychosoziale Medizin sowie der Klinik für Psychosomatik des UKE. Auf diese Dokumente kann ausschließlich das Fachpersonal aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin sowie der Klinik für Psychosomatik zugreifen.

Daneben verwenden wir Systeme – teilweise – zum Zwecke unserer Dokumentation über Ihre Behandlung und stellen die Informationen aus und über Ihre Behandlung für ggfs. zukünftige Behandlungen im MVZ am AKK sowie im AKK und UKE-Konzern zur Verfügung. Durch diese Dokumentation in den Systemen stehen Ihre Informationen auch zentralen Funktionen des MVZ am AKK sowie im AKK und UKE-Konzerns, wie z.B. Qualitätsmanagement, zur Verfügung. Darüber hinaus werden über die Systeme auch für Behandlungen wesentliche Funktionalitäten, etwa Anforderungen von Laboruntersuchungen oder spezifischen Untersuchungen, angesteuert.

Ohne die Verwendungen der Systeme stehen im schlimmsten Fall weder Informationen aus der Behandlung bei uns noch bei anderen Teilen des MVZ am AKK sowie im AKK und UKE-Konzerns zur Verfügung. Auch können für viele Behandlungen wesentliche Funktionalitäten nicht oder nur eingeschränkt genutzt werden. In aller Regel sind komplexere Behandlungen im MVZ am AKK hierdurch nicht möglich. Unsere Ärzte und Ärztinnen werden im Fall der Ablehnung der Einwilligung im Einzelfall prüfen, ob eine Behandlung auch ohne die Systeme und insbesondere der elektronischen Patientenakte möglich ist. In jedem Fall aber stehen bei zukünftigen Behandlungen Informationen über bisherige Behandlungen im MVZ am AKK sowie im AKK und UKE-Konzern nicht mehr zur Verfügung. **Dies kann**

¹ UKE-Konzern im Sinne dieser Einwilligungserklärung meint das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, KdÖR (UKE) und das AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH (AKK).

besonders dann zu einem durchaus lebensbedrohlichen Nachteil für Sie werden, wenn es sich um eine Notfallbehandlung handelt, bei der Sie uns nicht selbst informieren können.

B. Datenübermittlung mit Hausärzten- und -ärzt:Innen, anderen Behandelnden und Dritte

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 und Ärztinnen, Psychotherapeuten und -therapeutinnen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst im Gesundheitssystem, externe Labore 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 berechnete Empfangende.

C. Einwilligung in die Datenübermittlung zwischen AKK und Hausarzt/Hausärztin

Grundsätzlich beziehen sich die obenstehenden Einwilligungen nur auf den aktuellen Behandlungs- bzw. Krankheitsfall. Daher müssten wir Sie bei zukünftigen Besuchen bei uns in der Regel erneut um diese Einwilligung bitten. Um diesen Aufwand für Sie zu vermeiden, können Sie alternativ Ihre Einwilligung hiermit – natürlich ebenfalls jederzeit widerruflich – auch auf alle zukünftigen Behandlungen bei uns für die nächsten drei Jahre erstrecken. Wir werden Sie dann jeweils auf das Bestehen dieser Dauer-Einwilligung hinweisen, um Ihnen die Möglichkeit des Widerrufs zu geben.

Sollten Sie mit der Dauer-Einwilligung für eine der obenstehenden Einwilligungen nicht einverstanden sein, kreuzen Sie bitte „Nein, ich bin nicht einverstanden.“ An. Wir werden Sie dann beim nächsten Besuchen erneut um die Einwilligung bitten.

A. Einwilligung in die Einsichtnahme in Unterlagen aus früheren Behandlungen und der gemeinsamen Dokumentation im AKK und UKE-Konzern

In bin mit der gemeinsamen Nutzung aus von Informationen aus und über meine Behandlungen im MVZ am AKK sowie im AKK und UKE-Konzern für Behandlungszwecke und Hilfsprozesse einverstanden.

Ja, ich willige ein. Nein, ich bin nicht einverstanden.

Diese Einwilligung soll auch für meine Behandlungen in den kommenden drei Jahren gelten, sodass sie nicht erneut eingeholt werden muss. Ich kann jederzeit, durch Erklärung gegenüber dem MVZ am AKK, wieder zur Einwilligung im Einzelfall übergehen.

Ja, ich willige ein. Nein, ich bin nicht einverstanden.

B. Einwilligung in die Datenübermittlung mit Hausärzten und -ärztInnen sowie anderen Behandelnden

Ich bin damit einverstanden, dass die ein- und überweisenden oder von mir benannten Behandelnden zum Zwecke meiner Behandlung behandlungsrelevante Informationen über mich (einschließlich der darin enthaltenen Gesundheitsdaten) an das MVZ am AKK übermitteln dürfen.

Ja, ich willige ein. Nein, ich bin nicht einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass die in Abschnitt B beschriebenen Behandelnden und berechtigten Dritten Behandelnden meine Gesundheitsdaten in dem gesetzlich erlaubten Rahmen erhalten dürfen. Die Übermittlung kann auch elektronisch erfolgen.



Ja, ich willige ein. Nein, ich bin nicht einverstanden.

Diese Einwilligungen sollen auch für meine Behandlungen in den kommenden drei Jahren gelten, so dass sie nicht erneut eingeholt werden müssen. Ich kann jederzeit durch Erklärung gegenüber dem MVZ am AKK wieder zur Einwilligung im Einzelfall übergehen.

Ja, ich willige ein. Nein, ich bin nicht einverstanden.

Für den Zweck der von mir vorstehend erteilten Einwilligung entbinde ich damit auch meine Behandelnden sowie die Beschäftigten des MVZ am AKKs, insbesondere die Ärzte, Ärztinnen und das nicht-ärztliche Personal, von ihrer Schweigepflicht.

Die vorstehenden Einverständniserklärungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bitte wenden Sie sich in diesen Fall an das Sekretariat des MVZ am AKK, Telefon +49 (0) 40 88908-951 oder

sekretariat@mvz-am-akk.de. Sie können die Einwilligungserklärung auch postalisch widerrufen.

Hamburg, Datum

Unterschrift des Patienten

Ggfs. (gesetzliche/r) Vertreter/in (z.B. Sorgeberechtigte, Betreuer:Innen, Bevollmächtigte)