



Datum: _____

Empfehlung durch: _____

Angaben zum Kind

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum -Ort: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Festnetz: _____

Handy: _____

Krankenversicherung:
(privat/gesetzlich) _____

Nationalität: _____

Muttersprache: _____

Welche Sprache wird
zu Hause gesprochen? _____

Deutschkenntnisse: _____

Angaben zur Mutter

Vor- und Nachname: _____

Telefon dienstlich: _____

Handynummer: _____

Nationalität: _____

Beruf | Arbeitszeit: _____

Sorgerecht: Nein: Ja: Unterschrift: _____

Angaben zum Vater

Vor- und Nachname: _____

Telefon dienstlich: _____

Handynummer: _____

Nationalität: _____

Beruf | Arbeitszeit: _____

Sorgerecht: Nein: Ja: Unterschrift: _____

weitere Angaben zur Mutter:

Geburtsdatum: _____
Aktuelles Alter: _____
Geburtsort und -Land: _____
Schulabschluss: _____
Ausbildung: _____
Studium: _____
erlernter Beruf: _____
aktueller Beruf: _____
Wochenarbeitszeit: _____
Körperliche
Erkrankung/-en: _____

Psychische
Erkrankung/-en: _____

weitere Angaben zum Vater:

Geburtsdatum: _____
Aktuelles Alter: _____
Geburtsort und -Land: _____
Schulabschluss: _____
Ausbildung: _____
Studium: _____
Erlerner Beruf: _____
Aktueller Beruf: _____
Wochenarbeitszeit: _____
Körperliche
Erkrankung/-en: _____

Psychische
Erkrankung/-en: _____

Eltern leben
zusammen? _____

Angaben zu den Geschwistern:

Wie viele Geschwister
leben im Haushalt?

Wer ist der/die Jüngste
und wie alt?

Wer ist der/die Älteste
und wie alt?

Gibt es Halbgeschwister?

Geschwisterkind 1
Name, Alter, Schulform, Klasse

Geschwisterkind 2
Name, Alter, Schulform, Klasse

Geschwisterkind 3
Name, Alter, Schulform, Klasse

Geschwisterkind 4
Name, Alter, Schulform, Klasse

Geschwisterkind 5
Name, Alter, Schulform, Klasse

Schwierigkeiten im Verhalten
in der Schule/Kindergarten
der Geschwister oder
untereinander?

Mit welchem Geschwisterkind
kommt Ihr Kind am besten klar
und warum?

Hat ein Geschwisterkind bisher
psychiatrische Hilfe in
Anspruch genommen, bzw.
gab es Heimaufenthalte,
Erziehungsberatungsstelle,
Familienhelfer und wenn ja,
welches Kind und weswegen?

Aktueller Anlass der fachärztlichen Vorstellung:

Welche Probleme
bestehen aktuell bei
Ihrem Kind?

Wie äußern sich diese?

Wem sind diese
Probleme zuerst
aufgefallen und in
welchen Situationen
tauchen sie auf?

Wie sehr belasten
diese Probleme
Ihr Kind?

Wie sehr belasten
diese Probleme Ihr
Familienleben
bzw. Sie als Eltern?

Welche Hilfestellung
erwarten Sie von uns?

Eigenanamnese:

Alter der Mutter bei der Geburt: _____

Wunschkind oder ungeplant? _____

Kam das Kind zum errechneten Termin? _____

Blutungen, Infektionen, Bluthochdruck, Unfälle, OP's, vorzeitige Wehen, Medikamenten-, Alkohol, Nikotin-, Drogeneinnahme, psychische Belastungen? _____

Geburtsverlauf: Dauer, Komplikationen, Kaiserschnitt, Beatmung, Neugeborenenikterus, Klinikaufenthalt in Tagen _____

Geburtsgröße, Geburtsgewicht, APGAR-Werte (s. Vorsorgeheft) _____

Als Säugling: Anfälle, Unruhe, Bewegungsarmut, Trinkarmut? _____

Wann konnte Ihr Kind krabbeln? (in Monaten) _____

Wann konnte Ihr Kind frei gehen? (in Monaten) _____

Allgemeine medizinische Angaben:

Leidet Ihr Kind an Krampfanfällen?
Wenn ja, mit welcher Medikation
(Bitte um Med-Namen und Dosis)
und seit wann wird es von wem
behandelt (Bitte um Angabe des
Namen und Kontaktdaten des
Arztes)

Gab es bisher Untersuchungen zur
Seh- und Hörfähigkeit Ihres Kindes?

Gab es Operationen, Unfälle?

Gibt oder gab es körperliche
Erkrankungen?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein
(welche, Dosierung und seit wann?)

Gab es Krankenhausaufenthalte?
(wann und wo)

aktuelle Körpergröße:

aktuelles Körpergewicht:

Wann war Ihr Kind tagsüber trocken?

Wann war Ihr Kind nachts trocken?

Hat Ihr Kind erneut eingenässt,
nachdem es schon trocken war?
(Mit wie viel Monaten/Jahren)

Hat Ihr Kind nachdem es trocken
war erneut eingekotet?

Wann konnte Ihr Kind die
ersten Wörter sagen?

Wann konnte Ihr Kind die ersten
1-, 2- und 3-Wortsätze sagen?

Haben Sie Auffälligkeiten bei der
Sprachentwicklung Ihres Kindes
bemerkt?

Wächst Ihr Kind 2-sprachig auf?
Welche Sprachen und wie gut?

Ist Ihr Kind sehr empfindlich auf
Geräusche? Fremde Menschen,
Kinder? Dunkelheit?

Fällt Ihnen eine besondere
Ängstlichkeit Ihres Kindes
auf und wann?

Wie geschickt ist Ihr Kind bei der
Fein-und Grobmotorik?

Seit welchem Lebensjahr kann
Ihr Kind Lesen?

Seit welchem Lebensjahr kann Ihr
Kind Schreiben?

Seit welchem Lebensjahr kann Ihr
Kind Rechnen?

Besucht Ihr Kind den Förderunterricht
oder erhält Nachhilfe?

Besuch der Kita ab wann?

Besuch der Vorschule ab
wann und wo?

Regelrechte Einschulung
oder vorher/nachher?

Besuch der Schule
ab wann und wo?

Aktueller Schulbesuch
Klasse, Schulform, wo?

Gab es in der Schullaufbahn
auffälliges Absacken nach
Umzügen, Trennungen,
Scheidungen, Problemen in der
Familie, Tod von Angehörigen,
Freunden, Mobbing

Welche Form von Behandlung hat
Ihr Kind bisher erfahren?
(Ergotherapie, Logopädie,
Krankengymnastik nach Bobath
oder Vojta, Heilpädagogik,
pädagogische
Frühförderung, testpsychologische
Untersuchungen) und mit
Ergebnissen?

Bisherige ambulante oder stationäre
Kinder-und Jugendpsychiatrie-
Behandlung (wann und wo)?

Bisherige Kontakte zum
SPZ, SPV-Praxen?

Besucht Ihr Kind den Förderunterricht
oder erhält Nachhilfe?

Angaben zur Freizeit Ihres Kindes:

Welche Hobbys pflegt Ihr Kind?

Spielt Ihr Kind ein Instrument
(welches und wie gut)?

Hat Ihr Kind in der Schule und
Freizeit Freundschaften, die es
regelmäßig pflegt?

Trifft sich Ihr Kind eher mit
Jüngeren oder Älteren?

Wieviel TV, PC, Gameboy,
Rollenspiele konsumiert Ihr Kind
pro Tag in Stunden?

Hat Ihr Kind bereits Schulden?

War Ihr Kind schon mal straffällig
bzw. kam mit dem Gesetz in Konflikt?



Erklärung zur Ausfallgebühr

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlungen erfolgen also nur nach vorheriger Terminabsprache. Die vereinbarte Behandlungszeit wird ausschließlich Ihnen bzw. Ihrem Kind vorbehalten, wodurch lange Wartezeiten vermieden werden sollen.

Wenn Sie oder Ihr Kind einen Termin nicht wahrnehmen können, **sagen Sie bitte 24 Stunden vorher ab**, damit wir die vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Außerhalb der Sprechzeiten sowie in Einzelfällen haben wir einen Anrufbeantworter geschaltet, auf dem Sie gerne eine Nachricht hinterlassen können.

Erfolgt keine Terminabsage entsteht eine Ausfallgebühr von 30 €, die Ihnen in Rechnung gestellt wird. Dieses Ausfallhonorar haben Sie, unabhängig von der Art der Versicherung, selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private, gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

Hiermit bestätige ich die Erklärung zur Kenntnis genommen zu haben.

Name, Vorname **Patient/in**

Name, Vorname **Kindsmutter** (sorgeberechtigt)

Datum, Unterschrift

Name, Vorname **Kindsvater** (sorgeberechtigt)

Datum, Unterschrift



Einverständniserklärung

Ich bin einverstanden, meinen Sohn/meine Tochter

geb. _____ durch Fr. Dr. med. Olga Stankovic-Dahmen behandeln zulassen.

Das Sorgerecht liegt zu _____% bei der Kindesmutter und zu _____% beim Kindsvater.

Art der Behandlung	Kindsmutter	Kindsvater
Allgemeine Behandlung (Erst- und Wiedervorstellung)		
Psychotherapie		
medikamentöse Behandlung		

Mit einem Kreuzchen (x) geben Sie Ihr Einverständnis zur Art der Behandlung.
 Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Name, Vorname **Kindsmutter** (sorgeberechtigt)

Datum, Unterschrift

Name, Vorname **Kindsvater** (sorgeberechtigt)

Datum, Unterschrift

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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:

Dr. Olga Stankovic-Dahmen, Pariser Str. 51, 10719 Berlin, Tel.: 030 88720610

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Name: Dr. Olga Stankovic-Dahmen, Pariser Str. 51, 10719 Berlin, Tel.: 030 88720610

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Therapeut bzw. ihrer Therapeutin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Therapeuten 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 Psychotherapeuten, Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Kammern und privatärztliche Verrechnungsstellen (z. B. PVS), sowie SMS-Erinnerungsdienste (z. B. Telemed) sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von therapeutischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete 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.

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:

Frau Maja Smoltczyk, Friedrichstr. 219, 10969 Berlin Tel.: +49 (0)30 13889-0 Fax: +49 (0)30 2155050 E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Das vorgelegte Dokument wurde verstanden und zur Kenntnis genommen.

Berlin, den _____

Vor-/Nachname: _____

Unterschrift: _____

Sehr geehrte Eltern,
endlich ist es geschafft!

Nicht nur wir als Untersucher, sondern auch Sie als Eltern und vor allem Ihr Kind werden diese effektive Zeitersparnis bei den Terminen bemerken und von ihr profitieren.

Bitte vergewissern Sie sich, daß Sie alles wahrheitsgemäß ausgefüllt haben und beide Sorgeberechtigten von allen Terminen bei uns wissen.

Wir danken herzlich für Ihre Mühe!

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Praxis Dr. med. Olga Stankovic-Dahmen