



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 unter Krampfanfällen?  
Wenn ja, mit welcher Medikation  
und seit wann wird es von wem  
behandelt (Bitte Angabe der  
Medikamente 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 in der Praxis oder in der online Sprechstunde nicht wahrnehmen können, **sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab**, damit wir die vorgesehene Zeit für andere Patienten verplanen können und Ihnen keine Ausfallgebühr entsteht.

Dafür haben wir außerhalb der Sprechzeiten einen Anrufbeantworter geschaltet auf dem wir Sie bitten Ihre Absage zu hinterlassen.

Erfolgt keine Terminabsage 24 Stunden vorher entstehen für Sie folgende **Ausfallgebühren**:

30 Euro/ Kontrolltermin

50 Euro/ psychotherapeutische Sprechstunde / Akutbehandlung / Psychotherapie

Diese sind 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 zu lassen.

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. Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: 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, bzw. die Ihres minderjährigen Kindes nur dann an Dritte, wenn dieses gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Psychotherapeuten, Ärzte, anderweitige Therapeuten und Heilberufler, Kliniken, 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 wie z. B. Ämter. Wir bemühen uns die Patientenversorgung auch mittels Video Sprechstunde zu gewährleisten. Diese sind für die Patienten zertifizierte Videodienst-Anbieter, die wir von der KV Berlin gelistet bekommen haben. Je nach Verfügbarkeit beziehungsweise Überlastung der einzelnen Dienstleister kann es auch von uns aus zu einem Wechsel kommen mit dem Sie sich dann hiermit ebenfalls einverstanden erklären. Sollten Sie nicht einverstanden sein, bitten wir Sie uns von einer Video Sprechstunde darüber in Kenntnis zu setzen. Bitte bedenken Sie, dass ab 2021 auch die TI (Telematikinfrastruktur) greift, die Ihr Einverständnis erforderlich macht so, dass unter anderem die Diagnosen, medizinischen Daten, Medikamente und Therapieempfehlungen, sowie ggf. Weiteres auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden kann.

## 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 Smolfczyk, Friedrichstr. 219, 10969 Berlin**

**Tel.: +49 (0)30 13889-0 - Fax: +49 (0)30 2155050 - E-Mail: [mailbox@datenschutz-berlin.de](mailto: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