



Datum: _____
Empfehlung durch: _____

Angaben zum Kind

Vor- und Nachname: _____
Geburtsdatum -Ort: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Wohnort: _____
Festnetz: _____
Handy: _____
Krankenversicherung:
(privat/gesetzlich) _____
Nationalität/Mutterspr.: _____
Welche Sprache wird zu
Hause gesprochen? _____
Deutschkenntnisse: _____

Angaben zur Mutter

Vor- und Nachname: _____
Telefon dienstlich: _____
Handynummer: _____
Nationalität: _____
Beruf: _____
Sorgerecht: Nein: Ja: Unterschrift: _____

Angaben zum Vater

Vor- und Nachname: _____
Telefon dienstlich: _____
Handynummer: _____
Nationalität: _____
Beruf: _____
Sorgerecht: Nein: Ja: Unterschrift: _____

weitere Angaben zur Mutter:

Geburtsdatum: _____

Aktuelles Alter: _____

Geburtsort und -Land: _____

Schulabschluss: _____

Ausbildung: _____

Studium: _____

erlernter Beruf: _____

Wochenarbeitszeit: _____

Körperliche Erkrankung/-en: _____

Psychische Erkrankung/-en: _____

weitere Angaben zum Vater:

Geburtsdatum: _____

Aktuelles Alter: _____

Geburtsort und -Land: _____

Schulabschluss: _____

Ausbildung: _____

Studium: _____

erlernter Beruf: _____

Wochenarbeitszeit: _____

Körperliche Erkrankung/-en: _____

Psychische Erkrankung/-en: _____

Eltern leben zusammen? _____

Angaben zu den Geschwistern:

Wie viele Geschwister leben im Haushalt? _____

Gibt es Halbgeschwister? _____

Geschwisterkind 1: Name, Alter, Schulform, Klasse

Geschwisterkind 2: Name, Alter, Schulform, Klasse

Geschwisterkind 3: Name, Alter, Schulform, Klasse

Schwierigkeiten im Verhalten i. d. 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 errechn. 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:

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- & 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 Rechnen? _____

Besucht Ihr Kind den Förderunterricht / erhält Nachhilfe? _____

Besuch der Kita ab wann? _____

Besuch der Vorschule ab wann/wo? _____

Regelrechte Einschulung oder vorher/nachher? _____

Besuch der Schule ab wann/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?

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. **Für Absagen der Testtermine kontaktieren sie bitte ausschließlich den Therapeuten/in direkt.**

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

30 Euro/ Kontrolltermin

50 Euro/ psychotherapeutische Sprechstunde / Akutbehandlung / Psychotherapie

50 Euro/ ausgefallener Testtermin

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 zulassen.

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

Art der Behandlung	Kindsmutter	Kindsvater
Allgemeine Behandlung (Erst -und Wiedervorstellung, ggf. Testung)		
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 vor 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 Smolczyk, 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: _____