



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: _____

Einwilligungserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

ärztliche Kontrollen vom Krankheitsverlauf oder dem Heilungsfortschritt nach einer medizinischen Behandlung sind unerlässliche Maßnahmen einer fürsorglichen ärztlichen oder psychotherapeutischen Betreuung durch Ihren Arzt oder Therapeuten. Seit April 2017 sind solche Kontrolluntersuchungen auch in einer Videosprechstunde möglich. Ihr Arzt oder Therapeut entscheidet, ob eine Konsultation per Videosprechstunde für Sie in infrage kommt.

In einer Videosprechstunde läuft das Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Arzt/Therapeuten ähnlich ab wie in der Praxis. Sie und Ihr Arzt/Therapeut befinden sich nur nicht am selben Ort. Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in die Praxis kommen müssen. Dies spart Zeit und Mühen langer Wege für Sie und Ihren Arzt/Therapeuten.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer oder Tablet mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung reichen aus. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter, den Ihr Arzt/Therapeut beauftragt und der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrem Arzt besprechen, auch vertraulich bleibt.

Vor der ersten Videosprechstunde informiert Sie Ihr Arzt über Fragen des Datenschutzes. Ihr Arzt wird außerdem erläutern, welche Technik notwendig ist und worauf Sie bei der Videosprechstunde achten sollten, z. B. auf gute Beleuchtung und eine ruhige Umgebung.

Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

1. Sie erhalten von Ihrem Arzt/Therapeuten einen Termin für die RED connect-Videosprechstunde, die Internetadresse des Videodienstanbieters und den Einwahlcode für die Videosprechstunde.
2. Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich ca. 5 Minuten vor dem Termin auf der Internetseite des Videodienstanbieters mit Ihrem Einwahlcode ein. Dies sollte möglich sein, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen.
3. Der Videodienstanbieter wird Sie beim Einwählen nach Ihrem Namen fragen. Bitte geben Sie diesen korrekt an. Nur so kann der Arzt Sie richtig zuordnen.
4. Sie werden dann in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald Ihr Arzt zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihre Sprechstunde beginnen.
5. Ist die Sprechstunde beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

Datensicherheit:

- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.
- Dem Videodienstanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen

Einwilligungserklärung – Datenschutz

Hiermit erkläre ich:

Vor- und Nachname

E-Mail

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ Ort

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der RED-Software für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED connect Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin Einverstanden, dass

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

(Stempel der Praxis)