

Bitte bringen Sie zum Termin unbedingt die Krankenkassenkarte des Kindes und eine Überweisung von der Haus- oder Kinderärzt*in mit.

Anamnesebogen

Vor- und Nachname _____

Gewählter Name _____, Pronomen _____, Geburtsdatum _____

Bogen ausgefüllt von _____

Was führt Sie bzw. Dich zu uns?

Schwangerschaft und frühkindliche Entwicklung		
Bitte ankreuzen X		
Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft und der Geburt?	Ja	nein
Ja, folgende:		
Geburt in der _____ SSW mit einem Gewicht von _____ g, einer Größe von _____ cm		
Geburtsort: _____		
Gab es Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode?	Ja	nein
Ja, folgende:		
Wie verlief die Entwicklung?		
Krabbeln mit _____, freies Laufen mit _____ tagsüber trocken mit _____, nachts trocken mit _____		
Gab es Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung?	Ja	Nein
Ja, folgende:		
In der Familie werden folgende Sprachen gesprochen:		
Sind chronische Erkrankungen bekannt?	Ja	Nein

Kindergarten und Schule		
Besuch von <input type="checkbox"/> Tagesmutter ab ___ Jahren; <input type="checkbox"/> Krippe ab ___ Jahren; <input type="checkbox"/> KiTa ab ___ Jahren ?		
Gab es Auffälligkeiten?	Ja	Nein
Folgende:		
Besuch der Schule im Alter von ___ Jahren		
Gab es Auffälligkeiten?	Ja	Nein
Folgende:		
Aktuell Besuch der _____ Klasse auf folgender Schule _____		
Schulbesuch <input type="checkbox"/> regelmäßig oder <input type="checkbox"/> unregelmäßig, ggf. Fehltage _____		

Bitte bringen Sie zum Termin unbedingt die Krankenkassenkarte des Kindes und eine Überweisung von der Haus- oder Kinderärzt*in mit.

Bisherige Therapien

☐ Ergotherapie, seit:

☐ Physiotherapie, seit:

☐ Psychotherapie, seit:

☐ Frühförderung, seit:

☐ Logopädie, seit:

☐ Einnahme von Medikamenten, wenn ja, welche:

Lebenssituation/Familie

	Elternteil 1	Elternteil 2
Name		
Geburtsdatum		
Schulbildung		
Erlerner Beruf		
Aktuelle Tätigkeit		
Bekannte Erkrankungen		
Sorgerecht hat ...		
Geschwister des Kindes (Name, Geburtsjahr, ggf. Erkrankungen)		
Mit im Haushalt lebende Personen		

Freizeit

Beschäftigung in der Freizeit (Hobbies, Interessen, Vereine) und Kontakt zu Gleichaltrigen

Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patient:innendaten Patient:innen ab 14 Jahre

Name, Vorname: _____ geb. _____

Bei Privatversicherung	
Name d. Versicherung	
Name d. Hauptversicherten	
Geburtsdatum d. Hauptversicherten	
Rechnungsadresse	

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass in der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie, Tilgner, Timmermann & Team, Eichkoppelweg 74, 24119 Kronshagen**, meine Patient:innendaten erhoben und verarbeitet werden.

Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen über den Umfang und die Art meiner Daten, über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, über die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen, stellen konnte.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen und Therapien zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und Auskünfte erteilt werden können an:

1. Hausärzt:innen/ Kinderärzt:innen/ Fachärzt:innen / Kliniken:

2. Kindergarten / Schule / Hort / Andere Betreuung:

→Bitte wenden

3. Therapeut:innen
(Frühförderung / Ergo- / Physiotherapie / Logopädie / Psychotherapie):

4. Jugendamt / Jugendhilfe / Eingliederungshilfe

5. Andere:

☐ Hiermit willige ich ein, dass die Mitarbeitenden der Praxis zum Zwecke der Terminvereinbarung mich per Telefon, Fax oder E-Mail kontaktieren dürfen.

E-Mail-Adresse: _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Befunde und Erklärungen, die ich dem Arzt/der Ärztin / den Mitarbeitenden der Praxis gegenüber anvertraut habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Gültigkeit bleibt so lange bestehen, bis diese widerrufen wird.

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patient:innendaten

	(Elternteil / Sorgeberechtigte/r)	(weiteres/r Elternteil / Sorgeberechtigte/r)
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Telefon:		
E-Mail:		

Bei Privatversicherung	
Name d. Versicherung	
Name d. Hauptversicherten	
Geburtsdatum d. Hauptversicherten	
Rechnungsadresse	

Als Sorgeberechtigte/r von

Name, Vorname: _____ geb. _____

erkläre ich mich / erklären wir uns einverstanden, dass in der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Tilgner, Timmermann & Team, Eichkoppelweg 74, 24119 Kronshagen**, die Patientendaten meines/ unseres oben genannten Kindes erhoben und verarbeitet werden.

Mir / uns wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich / wir auch Rückfragen über den Umfang und die Art meiner Daten, über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, über die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen stellen konnte/n.

Ich erkläre mich / wir erklären uns einverstanden, dass mein/ unser Kind betreffende Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen und Therapien zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und Auskünfte erteilt werden können an:

→ Bitte wenden

1. Kinderärzt: innen/ Hausärzt:innen/ Fachärzt:innen / Kliniken:

2. Kindergarten / Schule / Hort / Andere Betreuung:

3. Therapeut:innen

(Frühförderung / Ergo- / Physiotherapie / Logopädie / Psychotherapie):

4. Jugendamt / Jugendhilfe / Eingliederungshilfe

5. Andere:

☐ Hiermit willige ich ein, dass die Mitarbeitenden der Praxis zum Zwecke der Terminvereinbarung mich per Telefon, Fax oder E-Mail kontaktieren dürfen.

E-Mail-Adresse: _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Befunde und Erklärungen, die ich/wir im Rahmen der Behandlung anvertraut habe/n.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Für allein Sorgeberechtigte: Ich versichere, dass ich alleine sorgeberechtigt bin

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Die Gültigkeit bleibt so lange bestehen, bis diese von einem Unterzeichnenden widerrufen wird.

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte/r Patient/in, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten bzw. Ihres Kindes 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 Informationen können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

tilgner, timmermann & team

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Eichkoppelweg 74, 24119 Kronshagen

Tel.: 0431 – 220 270, Fax: 0431 – 220 2729

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Christian Tilgner (über die Praxisadresse)

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte 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 Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistung, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte 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 bei Röntgenaufzeichnungen laut §28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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:

*Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
Marit Hansen, Landesbeauftragte für Datenschutz Schleswig-Holstein
Holstenstraße 98, 24103 Kiel*

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 gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam