

عزيزي المريض، أعزائي الآباء،

إننا نتطلع إلى الترحيب بكم قريباً في مركز Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen. من الضروري ملء حزمة البيانات الأولية المرفقة (معلومات المريض وتصريح الموافقة والقصة العائلية) واصطحبها إلى اجتماع الاستشارة الأولية مع طبيبتنا النفسية للأطفال.

عند ملء حزمة البيانات، يرجى كتابة أكبر قدر ممكن من المعلومات حيث تتضمن القصة العائلية معلومات مهمة بشكل مباشر للعلاج أو التشخيص. بهذه الطريقة، يمكن للطبيبة العودة للقصة المرضية خلال المحادثة واستثمار المزيد من الوقت في تقديم المعلومات والمشورة على سبيل المثال.

لكي يتم الموعد، يرجى إحضار ما يلي معكم إلى اجتماع الاستشارة الأولية:

- بطاقة تأمين للطفل
- حزمة البيانات الأولية
- الكتيب الأصفر للفحص („Gelbes Untersuchungsheft“)
- جميع التقارير المدرسية
- في حال توفرها، يرجى أيضاً إحضار رسائل الطبيب الحالي، وتقارير التطور (مثلاً من مركز الرعاية النهارية أو المدرسة أو الرعاية بعد المدرسة) والتقارير من المعالجات السابقة (مثل العلاج النفسي أو العلاج المهني أو علاج النطق)

يجب أن يكون الوالدان أو شخص واحد على الأقل يتمتع بالحضانة (مثل الوصي) حاضرين في اجتماع الاستشارة الأولية. في حال وجود صعوبات في اللغة الألمانية، يرجى إحضار شخص يمكنه الترجمة لك (مثل مساعد الأسرة أو أحد الأقارب).

في حال وجود أية أسئلة، يمكنك دائماً الاتصال بنا عن طريق الهاتف على الرقم التالي 030/33309256.

مع أطيب التحيات

فريق MVZ

معلومات المريض

(A) حول سياسة حماية خصوصية البيانات

عزيزي المريض، أعزائي الآباء،

حماية بياناتك الشخصية مهمة بالنسبة لنا. وفقاً لنظم الاتحاد الأوروبي لسياسة حماية خصوصية البيانات (DSGVO)، نحن ملزمون بإبلاغك بالغرض الذي نقوم من أجله مركزنا بجمع البيانات أو تخزينها أو إعادة إرسالها. إن المعلومات التالية تحيطك علماً بحقوقك بذلك الخصوص.

1. مسؤولية معالجة البيانات

المسؤول عن معالجة البيانات هو:

Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen
Irina Peters
Schrockstraße 25
14165 Berlin

2. الغرض من معالجة البيانات

تتم معالجة البيانات على أساس المتطلبات القانونية من أجل الوفاء بعقد العلاج بينك وبين طبيبك والالتزامات المرتبطة بذلك. لهذا الغرض، نقوم بمعالجة بياناتك الشخصية وبالتحديد بياناتك الصحية. وهذا يشمل السوابق المرضية والتشخيص ومقترحات العلاج والنتائج التي نجعلها نحن أو أطباء آخرون. لهذه الأغراض، قد يزودنا الأطباء أو المعالجون النفسيون الآخرون الذين يتم علاجك معهم بالبيانات (في رسائل الطبيب على سبيل المثال). جمع البيانات الصحية هو شرط أساسي للعلاج حيث لا يمكن تقديم علاج دقيق في حال عدم توفر المعلومات اللازمة.

3. مستلمو بياناتك

نحن ننقل بياناتك الشخصية إلى أطراف ثالثة فقط إذا كان ذلك مسموحاً به بموجب القانون أو إذا كنت قد أعطيت موافقتك بذلك. قد يكون متلقو بياناتك الشخصية، على وجه الخصوص، أطباء و معالجين نفسيين آخرين ورابطات الأطباء و شركات التأمين الصحي و الخدمة الطبية للتأمين الصحي و النقابات الطبية و غرف التحكيم الطبي الخاصة. الغرض الأساسي من الإرسال هو إصدار فواتير الخدمات المقدمة لك وتوضيح القضايا الطبية والقضايا الناشئة عن علاقتك بالتأمين الصحي الخاص بك. في بعض الحالات الفردية، يتم إرسال البيانات إلى مستلمين آخرين مفوضين.

4. تخزين البيانات الخاصة بك

نحتفظ ببياناتك الشخصية فقط طالما كان ذلك ضرورياً لتنفيذ العلاج. نظراً للمتطلبات القانونية، نحن ملزمون بتخزين هذه البيانات لمدة 10 سنوات على الأقل بعد الانتهاء من العلاج.

5. حقوقك

لديك الحق في الحصول على معلومات حول البيانات الشخصية المتعلقة بك. يمكنك أيضاً طلب تصحيح البيانات غير الصحيحة. بالإضافة إلى ذلك، في ظل ظروف معينة، يحق لك حذف البيانات والحق في تقييد معالجة البيانات والحق في إمكانية نقل البيانات. تتم معالجة بياناتك على أساس اللوائح القانونية. نحتاج إلى موافقتك في حالات استثنائية فقط. في هذه الحالات، يحق لك سحب موافقتك على المعالجة المستقبلية للبيانات.

لديك أيضاً الحق في تقديم شكوى إلى السلطة الإشرافية المختصة بحماية البيانات إن كنت تعتقد أن معالجة بياناتك الشخصية قد تمت بشكل غير قانوني.

عنوان السلطة الإشرافية المسؤولة عنا هو:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
Postfach 31 09 29
10639 Berlin
Tel.: (030) 90229-0

6. الأساس القانوني

الأساس القانوني لمعالجة البيانات الخاصة بك هو المادة 9(2)(h) DSGVO بالتزامن مع الفقرة 22(1)(1)(b) Bundesdatenschutzgesetz (قانون حماية البيانات الاتحادي). إذا كان لديك أي أسئلة ، فلا تتردد بالاتصال بنا.

(B) نوع التأمين الصحي

اسم شركة التأمين: _____

دافع الفاتورة: _____

عنوان إرسال الفواتير: _____

(C) زيارة MVZ

يمكنك بموجب هذا منحنا الإذن بمغادرة طفلك للمركز وحده بعد الموعد.

هل يمكن لطفلك ترك المركز وحده؟

- نعم
لا

لقد أحطت علما بجميع المعلومات المتعلقة بحماية البيانات وزيارة مركز MVZ وأوافق على الشروط المذكورة أعلاه.

برلين (التاريخ) _____ توقيع الوالدين _____

تصريح موافقة

للوالدين المنفصلين مع حضانة مشتركة

أنا الموقع أدناه _____ أوافق على

(اسم الوالد أو الوالدة أو الوصي القانوني)

العلاقة مع الطفل أم الطفل أب الطفل

أن يتم لطفي

اسم المريض

عنوان المريض

- تشخيصه/معالجته في مركز Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen عن طريق وسائل تشخيصية وعلاجية متعددة.
- أوافق صراحة على إعداد وإصدار التقارير أو آراء الخبراء أو شهادات أخرى.

نعم لا

أقر بموجب هذا، إعفاء مركز Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen من واجب الالتزام بالسرية تجاه الشخص (أو الأشخاص) أو المؤسسة التالية (مثل المدرسة أو جهة رسمية):

الاسم

الاسم

برلين (التاريخ)

التوقيع

اسم الوالد أو الوالدة أو الوصي القانوني

Anamnesebogen

Bitte lesen Sie die Fragen zur Entwicklung, zum Verhalten und zur allgemeinen Lebenssituation Ihres Kindes / Ihrer/s Jugendlichen sorgfältig durch und antworten Sie ausführlich.

Ausgefüllt von: _____ Beziehung zum Kind: Mutter Vater Andere: _____

Ausgefüllt am: _____

I. Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name und Vorname Kind / Jugendliche _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

Anschrift _____

Festnetznummer / Mobilnummer _____ Staatsangehörigkeit _____

Kindergarten / Schule _____ Klasse (falls zutreffend) _____

Aktuelle Kinderarzt/ärztin // Psychiater/in _____ Körpergröße _____ Gewicht _____

Kind / Jugendliche lebt bei: Eltern Mutter Vater Heim/WG Andere/r/s: _____

II. Bisherige Behandlung

War/Ist Ihr Kind schon einmal in psychologischer / psychiatrischer Behandlung?

- Nein, Mein Kind war **noch nie** in psychologischer / psychiatrischer Behandlung.
- Ja, Mein Kind war **schon** in psychologischer / psychiatrischer Behandlung bei...
(z.B. psychotherapeutische Praxis, Sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

 Name der Einrichtung _____ Beginn/Ende der Behandlung _____

- Ja, mein Kind ist **derzeit (im aktuellen Quartal)** in psychologischer / psychiatrischer Behandlung bei...
(z.B. psychotherapeutische Praxis, Sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

 Name der Einrichtung _____ Beginn der Behandlung _____

Hat Ihr Kind gesundheitliche Probleme?

- Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie) _____
- Andere Erkrankungen (z.B. Allergien, Herzprobleme) _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (auch alternative Heilmittel)?

- Nein.
 Ja, nämlich: _____

III. Angaben zu den Eltern (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

- Eltern leben zusammen getrennt
- Kind lebt bei beiden Eltern Mutter Vater Anderes: _____
- Sorgerecht Gemeinsames Sorgerecht Alleiniges Sorgerecht bei: _____

MUTTER

- leibliche Mutter Adoptivmutter Pflegemutter Stiefmutter

 Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

 Anschrift (falls abweichend zu Kind / Jugendliche/r)

 Telefon- und Mobilnummer / Erreichbarkeit Beruf

- Vollzeit Teilzeit arbeitssuchend Hausfrau

 Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen

VATER

- leiblicher Vater Adoptivvater Pflegevater Stiefvater

 Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

 Anschrift (falls abweichend zu Kind / Jugendliche/r)

 Telefon- und Mobilnummer / Erreichbarkeit Beruf

- Vollzeit Teilzeit arbeitssuchend Hausmann

 Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen

d) Schulische Entwicklung

- Wann wurde Ihr Kind eingeschult? _____
- Schulart? _____
- Gab/ Gibt es schulische Probleme (soziales Miteinander/Lernstoff)? nein es gibt / gab Schwierigkeiten, weil:

- Was sind die Lern-Stärken / Lern-Schwächen Ihres Kindes?

- Regelmäßigkeit des Schulbesuchs:
 regelmäßig verspätet sich oft schwänzt häufig fehlt häufig, wenn: _____
- Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen? _____

Nennen Sie die Lieblingsbeschäftigung und Lieblingshobbies Ihres Kindes / Jugendlichen.

Nennen Sie Fähigkeiten / Stärken / Begabungen Ihres Kindes / Jugendlichen.

Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste) in der Familie oder im familiären Umfeld? nein ja, folgende:

VI. Beziehungen zu anderen Personen

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Eltern (z.B. besseres Verhältnis zu Mutter oder Vater)?

Wie verträgt sich das Kind mit seinen Geschwistern? (Bitte jeweils angeben, um welches Geschwisterkind es sich handelt, z.B. schlecht mit... im Allgemeinen gut mit... häufigster Anlass zum Streit ist...)?

Hat es Freunde / Freundinnen? nein ja, Anzahl: _____

Wie häufig verbringt das Kind seine Freizeit mit Freunden?

fast täglich nicht täglich, sondern _____ ist lieber für sich allein

Wie verträgt es sich in der Gruppe? (außerhalb der Schule)

kommt gut mit anderen aus möchte andere beherrschen leicht durch andere zu beeinflussen beschimpft

rechthaberisch nimmt anderen gern etwas weg zwickt, stößt, schlägt wird von anderen beschimpft

zieht sich von anderen zurück prahlt gern wird von anderen wenig beachtet / gemieden

VII. Vorstellungsanlass

Welches Problemverhalten Ihres Kindes hat Anlass gegeben, unser MVZ aufzusuchen? Seit wann bestehen die Probleme?

Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten des Verhaltens zusammenfielen?

Wie hat sich das Verhalten im Laufe der Zeit entwickelt?

Zeigt sich das Verhalten häufiger / seltener, an bestimmten Orten / zu bestimmten Tageszeiten / mit bestimmten Personen?

Wer in Ihrer Familie (oder Verwandtschaft) leidet oder litt unter ähnlichen Problemen?

Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung in unserem MVZ?

Vielen Dank für das Ausfüllen des Anamnesebogens!