

## Sevgili Hasta, Sevgili Ebeveynler,

Sizleri çok yakında kliniğimizde ağırlamayı dört gözle bekliyoruz!

Doktorumuzla ilk görüşmenizde, ekteki başlangıç paketini (hasta bilgileri, rıza beyanı, ve aile öyküsü) doldurulmuş olarak getirmeniz gerekmektedir. Verdiğiniz bu ön bilgiler sayesinde doktorumuz size daha iyi yardımcı olabilecektir. Dolayısıyla lütfen formları olabildiğince detaylı doldurmaya çalışınız.

Aile öyküsü (anamnez) formunda sağladığınız bilgiler tedavi ve tanı süreci için çok önemlidir. Bu form sayesinde doktorumuz hasta ve aile geçmişinde yardımcı olabilecek bağlantıları daha kolay kurabilir ve sizinle iletişime daha fazla zaman ayırabilir.

### Randevunun gerçekleşmesi için lütfen aşağıdakileri belgeleri ilk konsültasyona getiriniz:

- Çocuğun sigorta kartı
- Başlangıç Paketi
- Sarı Sınav Kitapçığı
- Tüm okul raporları
- Varsa, mevcut doktor mektupları, gelişim raporları (örn. anaokulu / okul / okul sonrası bakım) veya önceki tedavilerin raporları (örn. psikoterapi, mesleki terapi, konuşma terapisi)

**Ebeveynler veya velayeti olan en az bir kişi (vasi) ilk görüşme için hazır bulunmalıdır. Almanca ile ilgili sorunlarınız varsa, sizin için çeviri yapabilecek bir kişi getiriniz (örn. aile yardımcısı, akrabalar).**

Herhangi bir sorunuz olması halinde bize telefonla ulaşabilirsiniz: 030/33309256.

Saygılarımızla,

MVZ ekibiniz



## Hasta bilgileri

### A) VERİ KORUMASI

Sevgili Hasta, Sevgili Ebeveynler,

Kişisel verilerinizin korunması bizim için önemlidir. AB Genel Veri Koruma Yönetmeliği'ne (GDPR) göre, uygulamamızın verileri toplama, depolama veya iletme amacı hakkında sizleri bilgilendirmekle yükümlüyük. Buna ek olarak hangi haklara sahip olduğunuzu da öğrenebilirsiniz.

#### 1. Veri işleme sorumluluğu

##### Veri işlemeden sorumlu olanlar:

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

#### 2. Veri işleminin amacı

Veri işleme, sizinle doktorunuz arasındaki tedavi sözleşmesini ve ilgili yükümlülükleri yerine getirmek için yasal gereklilikler temelinde gerçekleşir. Bu amaçla başta sağlık verileriniz olmak üzere kişisel verilerinizi işlemekteyiz. Bu veriler anamnez, teşhisler, tedavi önerileri ve bizim veya diğer doktorların topladığı bulguları içerir. Bu amaç doğrultusunda, tedavi gördüğünüz diğer doktor veya psikoterapistler de bizimle veri paylaşabilir (örn. doktor mektupları). Sağlık verilerinin toplanması, tedaviniz için bir ön koşuldur. Gerekli bilgiler verilmediği takdirde dikkatli tedavi yapılamaz.

#### 3. Verilerinizin alıcıları

Kişisel verilerinizi üçüncü taraflara yalnızca yasaların izin verdiği veya onay verdiğiniz durumlarda aktarırız. Kişisel verilerinizin alıcıları, her şeyden önce, diğer doktorlar / psikoterapistler, yasal sağlık sigortası hekimlerinin dernekleri, sağlık sigortası şirketleri, Sağlık Sigortası Tıbbi Hizmeti, tıp dernekleri ve özel tıbbi fatura ofisleri olabilir. Bu iletim, esas olarak size sağlanan hizmetlerin faturalandırılması, tıbbi ve sigorta ilişkinizden kaynaklanan soruların açıklığa kavuşturulması amacıyla gerçekleştirilir. Münferit durumlarda, veriler diğer yetkili alıcılara iletilir.

#### 4. Verilerinizin depolanması

Kişisel verilerinizi yalnızca tedaviyi gerçekleştirmek için gerekli olduğu sürece saklayacağız. Yasal gereklilikler nedeniyle, bu verileri tedavinin tamamlanmasından sonra en az 10 yıl boyunca saklamakla yükümlüyük.

#### 5. Haklarınız

Sizinle ilgili kişisel veriler hakkında bilgi edinme hakkına sahipsiniz. Yanlış verilerin düzeltilmesini talep edebilirsiniz. Ayrıca, belirli koşullar altında, verileri silme, veri işlemeyi kısıtlama hakkı ve veri taşınabilirliği hakkına sahipsiniz. Verilerinizin işlenmesi yasal düzenlemelere dayanarak gerçekleşir. Onayınıza sadece istisnai durumlarda ihtiyacımız vardır. Bu gibi durumlarda, gelecekteki işlemler için onayınızı geri çekme hakkına sahipsiniz.

Ayrıca, kişisel verilerinizin işlenmesinin yasal olmadığını düşünüyorsanız, veri koruma konusunda yetkili denetim otoritesine şikayette bulunma hakkına da sahipsiniz.

##### Bizden sorumlu denetim otoritesinin adresi:

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

## 6. Yasal dayanak

Verilerinizin işlenmesinin yasal dayanağı, Federal Veri Koruma Yasası'nın (Bundesdatenschutzgesetz 22(1)(1)(b) Bölümü ile bağlantılı olarak GDPR Madde 9 (2)(h)'dir. Herhangi bir sorunuz varsa, bizimle iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz.

### B) SİGORTA TÜRÜ

Sigortanın adı: \_\_\_\_\_

Fatura ödeyen: \_\_\_\_\_

Hesap adresi: \_\_\_\_\_

### C) MVZ ZİYARETİ

İşbu belgeyle, çocuğunuzun bir randevudan sonra muayenehaneden bağımsız olarak ayrılması için bize izin verebilirsiniz.

**Çocuğunuz muayenehaneden yalnız ayrılabilir mi?**

- EVET  
 HAYIR

**Veri koruma ve MVZ'yi ziyaret etme ile ilgili tüm bilgileri not aldım ve yukarıda belirtilen koşulları kabul ediyorum.**

Berlin, \_\_\_\_\_

Velilerin imzası \_\_\_\_\_

## Onay beyanı

ortak velayete sahip ayrılmış ebeveynler için

Ben, \_\_\_\_\_ Kabul Ediyorum  
(Vasinin adı)

Çocuğun annesi  Çocuğun babası

Çocuğum: \_\_\_\_\_  
Hastanın adı

\_\_\_\_\_  
Hastanın adresi

- Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen multimodal önlemlerle teşhis / tedavi edilir.
- Raporların, uzman görüşlerinin veya diğer sertifikaların hazırlanmasını ve yayınlanmasını açıkça kabul ediyorum.

EVET

HAYIR

Bu vesileyle Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen aşağıdaki kişi(ler)e/kurumlara (örn. okul, ofisler) karşı gizlilik yükümlülüğünden muaf tutuyorum:

\_\_\_\_\_  
Ad

\_\_\_\_\_  
Ad

Berlin, \_\_\_\_\_

İmza \_\_\_\_\_  
Ebeveyn veya vasinin adı



# 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!**