

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 yükümlüyüz. 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 yükümlüyüz.

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

IV. Angaben zu Geschwistern (G), Halbgeschwistern (HG), Stiefgeschwistern (SG) (falls vorhanden)

- Wie viele Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister) leben mit im Haushalt? _____

Name, Vorname	Alter	Körperliche / psychische Probleme	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> HG <input type="checkbox"/> SG
_____	_____	_____	_____
Name, Vorname	Alter	Körperliche / psychische Probleme	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> HG <input type="checkbox"/> SG
_____	_____	_____	_____
Name, Vorname	Alter	Körperliche / psychische Probleme	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> HG <input type="checkbox"/> SG
_____	_____	_____	_____

V. Vorgeschichte

a) Geburt

- Alter der Mutter bei Geburt: _____ Jahre
- Geplante Schwangerschaft: nein ja
- Kinderwunschbehandlung: nein ja
- Schwangerschaftskomplikation nein ja, welche:

Haben Sie als Mutter/Vater die Schwangerschaft als belastend erlebt?

Körperlich: gar nicht 1 2 3 4 5 sehr belastend

Psychisch: gar nicht 1 2 3 4 5 sehr belastend

Diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft:

Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____

Kopfumfang: _____ Dauer der Geburt: _____

Geburt in der Schwangerschaftswoche: _____

Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt:

nein ja, beim Kind: _____

ja, bei der Mutter: _____

Geburtsmodus:

Spontangeburt Zangengeburt Not-Kaiserschnitt

Vakuumextraktion Geplanter Kaiserschnitt

b) Entwicklung im Kleinkindalter

Freies Sitzen mit _____ Monaten

Laufen mit _____ Monaten

Erste Worte mit _____ Monaten

Erste Sätze mit _____ Monaten

Tags trocken mit _____ Monaten

Nachts trocken mit _____ Monaten

Gab es Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (z.B. Unruhe, beim Essen, in sozialen Kontakten, im Schlafverhalten)?

nein

ja, diese: _____

c) Vorschulische Entwicklung

Besuch Krippe nein ja

Besuch Kindergarten nein ja

- Wie ist / war das Verhalten in Krippe / Kindergarten? unauffällig es gibt / gab Schwierigkeiten, weil:

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!