

Liebe Eltern,

wir möchten Sie hiermit daran erinnern, dass wir Ihnen Termine, an denen Sie nicht kommen, in Rechnung stellen müssen. Sagen Sie uns, um dies zu vermeiden, bitte rechtzeitig Bescheid, falls Ihnen etwas dazwischen kommt, damit wir in der Lage sind, den Termin rechtzeitig weiterzugeben, was in der Regel für uns nicht schwierig ist.

Mit freundlichen Grüßen

**Dr. Bernd Henke**

**FRAGEBOGEN**

**Datum:**

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für psychosomatische Medizin – Psychoanalyse

**Hiermit wird bestätigt, dass das angemeldete Kind sich nicht in psychiatrischer Behandlung eines Medizinischen Versorgungszentrums/ einer Praxis oder eines Institutes befindet. Sollten Sie in Zukunft in einer dieser Einrichtungen eine parallele Behandlung wünschen, könnten Sie darüber mit uns sprechen. Wir könnten Sie, wenn Sie es wünschen, darüber informieren, welche neuen Bestimmungen Ihrer Krankenkasse in einem solchen Fall in Kraft treten, damit nicht unerwartete Kosten auf Sie zu kommen.**

-----  
(Unterschrift)

Sind alle sorgeberechtigten Personen über die gewünschte Behandlung informiert, oder damit einverstanden. Wenn nicht, sprechen Sie mit uns darüber beim 1. Gespräch.

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

das wievielte Kind:

Geschwister des angemeldeten Kindes (Name, Alter):

Adresse:

Tel.-Nr., privat:

geschäftlich:

Handy:

**Behandelnder Arzt (Kinderarzt); bitte geben Sie an, ob es sich um eine Ärztin oder um einen Arzt handelt und möglichst auch die Adresse:**

Name:  Herr:  Frau:

Adresse:

Möchten Sie, dass an Ihren behandelnden Arzt ein **Befundbericht** geschickt wird?

Bitte ankreuzen:

Ja

Nein

**Zur Familie:**

Vater:

Mutter:

Adresse und Telefonnr. (falls abweichend):

geb. am:  
Ausbildung:  
Berufstätigkeit:

geb. am:  
Ausbildung:  
Berufstätigkeit:

Sind die Eltern geschieden?

Ja                      seit wann?

Nein

Leben Sie getrennt?

Ja

Nein

Noch im selben Haushalt?

Welche Personen (Lebensgefährte/-in) leben noch im Haushalt/Haus (bitte auch die Namen angeben)?

Welche Personen spielen für die Familie außerdem eine wichtige Rolle?

**Zur Vorgeschichte:**

Gab es Krankheiten während der Schwangerschaft, Geburt oder in den ersten beiden Lebensjahren?  
Wenn ja, welche; wie waren die Apgar-Werte?

**Frühkindliche/kleinkindliche Entwicklung:**

Wie lange gestillt?

Sprechen mit:

Freies Sitzen mit:

Sprachauffälligkeiten:

Robben mit:

Wann frei von der Windel:

Krabbeln mit:

Wann selbst. zur Toilette:

Freies Laufen mit:

Wann trocken:

**Kinderkrankheiten:**

Masern - Röteln - Windpocken - Scharlach - Keuchhusten - Diphtherie - Mumps - sonstige Krankheiten und Krankenhausaufenthalte (Unfälle - Operationen - Knochenbrüche usw.):

Gab es Beeinträchtigungen/Auffälligkeiten

im **Hörvermögen?**

im **Sehvermögen?**

in der **Körperbeherrschung?**

Wann konnte ihr Kind :      sich alleine ausziehen?

   sich alleine anziehen?

   eine Schleife binden?

**Auffälligkeiten:**

**In der kleinkindlichen/kindlichen Entwicklung (z.B. beim Sprechen oder der Körperbeherrschung) :**

**In der Feinmotorik: Auffälligkeiten? (z.B. mit einer Schere schneiden)**

**In der Grobmotorik Besonderheiten: (z.B. Bewegungsabläufe heftig oder eher zurückgenommen?)**

**In der Entwicklung der Sprache , gab es Auffälligkeiten? (z.B. Sprachausdruck, Sprachverlauf, Wortschatz, Grammatik usw.)**

**Gibt es Auffälligkeiten im Sozialverhalten?:**

Welche **Medikamente** werden z.Zt. eingenommen:

Einschulungsalter:

In welcher **Schule** (**Schulart, Haupt- Real-, Förderschule oder Gymnasium/ Klasse:**

Schulverlauf:

Gibt oder gab es Probleme im schulischen Bereich (z.B. beim **Lesen, Schreiben, Rechnen**) ?

Gibt es in der letzten Zeit aktuelle körperliche Beschwerden, z.B. Kopfschmerzen/Magenschmerzen, Infekte?

**Jetzige Beschwerden**, seit wann bestehen diese Beschwerden?

Gibt oder gab es **Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich**, wenn ja, welche?

Gab es eine **Vorbehandlung** der jetzigen Beschwerden; welche?

Name der Klinik, Betreuungseinrichtung, Arzt- oder Psychotherapiepraxis (z.B. Ergotherapie, Erziehungsberatungsstelle), bitte auch den Zeitraum angeben:

Gab es **längere Trennungen oder Todesfälle** im bisherigen Leben (Krankenhaus, Scheidung, etc.), wann?

Wie haben Sie sich bisher geholfen?

Welche **besonderen Stärken oder Begabungen** sind Ihnen aufgefallen:

## **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:

Praxisname: Dr. Bernd Henke

Adresse: Dannenkoppel 48, 22391 Hamburg

Kontaktdaten: Telefon: 040 / 536 75 97

### **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, Therapievorschläge 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, Kassenarztlliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztlliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, 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 Rontgenaufzeichnungen laut Paragraf 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:

Name:

**Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit**

Anschrift:

Kurt-Schumacher-Allee 4, 20097 Hamburg, im 6. Obergeschoss

## **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

**Hiermit erkläre ich meine Einwilligung:**

-----

**Datum, Unterschrift**