



Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Sozialpsychiatrie und systemische Therapie
Dr. med. Lina Ortmann Seabra | Dr. med. Karl Reitzle

Diagnostik
Sozialpsychiatrie
Systemische Familientherapie
Verhaltenstherapie
Elternterapie
Pharmakotherapie
Gutachtenerstellung

Anmeldebogen

Kind / Jugendlicher:

Name, Vorname:
geb. am:
Adresse, PLZ, Wohnort:
Krankenkasse:
mitversichert bei:
Kinderarzt:
Tel. Festnetz:
Tel. Handy:
E-Mail:

Sorgeberechtigte Person(en):

beide Eltern nur Mutter nur Vater Sonstige: _____

leibliche Mutter	leiblicher Vater
Name, Vorname:	Name, Vorname:
geb. am:	geb. am:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Ausgeübter Beruf:	Ausgeübter Beruf:

Schulabschluss:	Schulabschluss:
Stiefvater	Stiefmutter
Name, Vorname:	Name, Vorname:
geb. am:	geb. am:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Ausgeübter Beruf:	Ausgeübter Beruf:
Schulabschluss:	Schulabschluss:

Geschwister

Name leiblicher Geschwister	Name Halb geschwister / Stief geschwister	Geburtsjahr

Die Vorstellung erfolgt auf Empfehlung von: _____

Schildern Sie bitte kurz die aktuellen Probleme:

Seit wann bestehen diese? _____

Von wann bis wann besucht/e Ihr Kind eine **Kinderkrippe**? _____

Von wann bis wann besucht/e Ihr Kind einen **Kindergarten**? _____

Gibt / gab es dort Probleme? Wie ist / war das Verhältnis zu den Erziehern?



Für Schulkinder:

Welche Schule / Klasse besucht Ihr Kind gerade?
Wie ist das Verhältnis zur Hauptlehrkraft?
Welche Schulen / Schultypen wurden davor besucht?
Besucht/-e Ihr Kind eine Nachmittagsbetreuung bzw. Ganztagsklasse?

Gab es in der Vorgeschichte bereits andere Untersuchungen / Beratungen (z. B. Klinikambulanzen, niedergelassene Ärzte, Erziehungsberatungsstellen, Jugendamt, Schulpsychologen)? Wenn ja: wann, wo und warum?

Besuchte Ihr Kind in der Vergangenheit eine Therapie (z. B. Ergotherapie, Logopädie, Spieltherapie o. Ä.)? Wenn ja: welche?

Besucht Ihr Kind zurzeit eine Therapie? Wenn ja: welche, bei wem und seit wann?

Befand sich Ihr Kind früher schon einmal wegen ähnlicher Probleme oder Erkrankungen in ambulanter oder stationärer Behandlung oder in einer Jugendhilfeeinrichtung? Wenn ja: wo und wann?

Erhält Ihr Kind momentan Medikamente? Wenn ja: welche und seit wann?

Schwangerschaft

Gab es während der Schwangerschaft Probleme? Wenn ja: welche?

Gab es während oder nach der Geburt Probleme? Wenn ja: welche?

Entbunden in der ____ . Schwangerschaftswoche bei ____ Gramm, ____ cm, APGAR-Index:
___ / ___ / ___.

Gab es in der frühkindlichen Entwicklung Auffälligkeiten? (Sprechen, Sitzen, Krabbeln, Stehen, Laufen, Sauberkeit) Wenn ja: welche?

Was sind die Stärken Ihres Kindes?

ausgefüllt von Mutter Vater Sonstige(r): _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patienteninformationen zum Datenschutz auf S. 5 zur Kenntnis genommen habe und akzeptiere.

(Unterschrift)

PATIENTENINFORMATION ZUR EU-DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DSGVO) (ab 25.Mai.2018)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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: Dr. med. Lina Ortmann Seabra Dr. med. Karl Reitzle, Bäckerstr. 4, 81241 München
Kontaktdaten: Telefon: 0894522138-0, Fax 089 4522138-29, E-Mail: info@kjpp-pasing.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Bayerisch medizinisches Datenschutzbüro, Reinhard Knoblich
Kontaktdaten: Telefon: 08092 – 333 33, Fax: 08092 – 333 91, E-Mail: info@datenschutz-arzt.de

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, Therapieempfehlungen 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 Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und privatärztliche 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 Abrechnungs-Daten nur an weitere berechtigte 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 Paragraph 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:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach
Telefon: 0981- 531 300, Telefax: 0981 – 539 813 00, E-Mail: poststelle@lda.bayern.de
Online-Beschwerde-Stelle: <https://www.la.bayern.de/de/beschwerde.html>

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 oder den Datenschutzbeauftragten wenden.

Ihr Praxisteam