

**Sekretariat**

Telefon: (040) 88908-270

Telefax: (040) 88908-272

psychosomatik@kinderkrankenhaus.net

www.kinderkrankenhaus.net

Datum:

## Anmeldebogen für eine stationäre/tagesklinische Behandlung

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben sich gemeinsam mit Ihrem Kind zur Anmeldung für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychosomatik des Altonaer Kinderkrankenhauses entschieden. Wir bitten Sie daher vorab, diesen **Anmeldebogen gemeinsam und vollständig auszufüllen**. Zudem bitten wir Sie **alle behandlungsrelevanten Untersuchungsbefunde und Unterlagen** dem Anmeldebogen in Kopie beizufügen.

Erst nach Eingang der **kompletten Anmeldeunterlagen**, können wir diese prüfen. Im Anschluss daran, nehmen wir Kontakt zu Ihnen auf, um Ihnen mitzuteilen, ob eine direkte Aufnahme auf unsere Warteliste erfolgt, ein ergänzendes Vorgespräch erforderlich ist oder, ob aus unserer Sicht eine Behandlung in unserer Abteilung zum aktuellen Zeitpunkt nicht zielführend erscheint.

**Bitte fügen Sie dem Anmeldebogen folgende Unterlagen in Kopie bei:**

- Alle Arztbriefe aus vorheriger kinder- und jugendpsychiatrischer oder psychologischer Behandlung
- Alle relevanten Arztbriefe aus vorheriger kinderärztlicher Behandlung
- Eine aktuelle Stellungnahme zur Symptomatik und diagnostischen Einschätzung des einweisenden Arztes/Psychologen
- Die letzten beiden Schulzeugnisse
- Im Falle des alleinigen Sorgerechts, die Sorgerechtsbescheinigung
- Im Falle einer Ergänzungspflegschaft oder Vormundschaft, die entsprechende Bescheinigung

Wir bitten Sie zudem darauf zu achten, dass bei geteiltem elterlichem Sorgerecht **beide Elternteile den Anmeldebogen unterschreiben**, da wir ansonsten den Anmeldebogen nicht bearbeiten können.

Bitte senden Sie die Unterlagen an die obenstehende Anschrift.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und stehen Ihnen für weitere Fragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr KJP-Team

## Anmeldebogen

(Bitte vollständig und leserlich ausfüllen)

Dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes, seine aktuelle Lebens- und Familiensituation sowie die Belastungsfaktoren und Symptome ermöglichen. Daher sollten Sie die Fragen gemeinsam und so genau wie möglich beantworten. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr gemeinsames Engagement!

**Anmeldung für eine**

**stationäre Behandlung  
(11-18 Jahre)**

**tagesklinische Behandlung  
(bis 14 Jahre)**

### Angaben zum Kind und der Familie

**Name des Kindes:**

geboren am:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

weiblich      männlich      divers

Str./PLZ/ Ort:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer Sorgeberechtigte:

E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenversicherung:

Über wen ist das Kind versichert:

Behandelnder Kinderarzt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Angaben zur Mutter:**

Name der Mutter, Geburtsjahr:

Schulabschluss, aktueller Beruf:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Angaben zum Vater:**

Name des Vaters, Geburtsjahr:

Schulabschluss, aktueller Beruf:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:**

verheiratet, seit \_\_\_\_\_

getrennt, seit \_\_\_\_\_

sonstiges \_\_\_\_\_

zusammenlebend (Partnerschaft)  
geschieden, seit \_\_\_\_\_

**Angaben zu Geschwistern** (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten auf):

| Name, geboren am | Schulart, Klasse / Beruf | ggf. besondere Probleme/Erkrankungen |
|------------------|--------------------------|--------------------------------------|
|                  |                          |                                      |
|                  |                          |                                      |
|                  |                          |                                      |
|                  |                          |                                      |
|                  |                          |                                      |

**Derzeitige Betreuung des Kindes durch:** \_\_\_\_\_

**Wer ist sorgeberechtigt:** \_\_\_\_\_

**Derzeitige Wohnsituation:**

Das Kind wohnt zur Zeit mit/bei:

leiblichen Eltern  
 einem Elternteil: \_\_\_\_\_  
 Pflegefamilie

betreute Wohneinrichtung: \_\_\_\_\_  
 Adoptivfamilie

**Wie ist das Verhältnis**

|  |          |     |    |               |              |
|--|----------|-----|----|---------------|--------------|
|  | sehr gut | gut | ok | konfliktreich | kaum Kontakt |
|--|----------|-----|----|---------------|--------------|

zum Vater

zur Mutter

zu den Geschwistern

der Eltern untereinander

**Gibt es psychische Erkrankungen in der Familie?** ja – wer und welche?

nein

**Gab und gibt es familiäre Belastungen** – z.B. innerfamiliäre Konflikte, gesundheitliche oder finanzielle Sorgen?

## Entwicklungsanamnese

### Schwangerschaftsverlauf:

Geplant          ja          nein          komplikationslos

Komplikationen, welche: \_\_\_\_\_

### Geburt:

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Geburtsverlauf:

natürlich          komplikationslos

Kaiserschnitt

Komplikationen während der Geburt:

\_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_

Länge: \_\_\_\_\_ Stillen:    ja, über \_\_\_\_\_ Monate    nein

### Entwicklungsschritte:

Motorische Entwicklung – z.B. erste Schritte mit: \_\_\_\_\_

Sprachliche Entwicklung – z.B. erste Worte mit: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Wächst mehrsprachig auf: \_\_\_\_\_

### Gab oder gibt es Auffälligkeiten/Probleme

in der Sprachentwicklung? \_\_\_\_\_

bei der Sauberkeitsentwicklung? \_\_\_\_\_

Trocken tagsüber mit: \_\_\_\_\_

Trocken nachts mit: \_\_\_\_\_

Probleme beim Toilettengang, Einkoten? \_\_\_\_\_

Fütter-, Gedeih- oder Essstörungen? \_\_\_\_\_

beim Hören (bspw. Entzündungen, Hörhilfe)? \_\_\_\_\_

beim Sehen (bspw. Brille, Dioptrie)? \_\_\_\_\_

## Kindergarten- und Schulbesuch

Wer betreute Ihr Kind im ersten Lebensjahr? \_\_\_\_\_

Besuchte Ihr Kind die/den:

Kinderkrippe

Kindergarten

andere: \_\_\_\_\_

Alter bei Eintritt: \_\_\_\_\_ halbtags ganztags

**Gab/gibt es Probleme beim Besuch der Einrichtung und wenn ja, welche?**

**Schule:**

Alter bei Einschulung: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

Aktuelle Schulform: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

Klassenstufe: \_\_\_\_\_

**Gab es Wechsel/Wiederholungen oder andere Probleme beim Schulbesuch?**

**Wie ist das Verhältnis**

sehr gut gut ok konfliktreich kaum Kontakt

zu den Lehrern

zu den Mitschülern

## Körperliche Vor-/Erkrankungen des Kindes

Kinderkrankheiten:

Körperliche Erkrankungen:

Längere Krankenhausaufenthalte (warum, wann, wo?):

Schwere Unfälle (wenn ja, welche und wann?):

Aktuelles Körpergewicht:

Aktuelle Körpergröße:

Nimmt Ihr Kind Medikamente/Psychopharmaka:

nein

ja – welche, Dosis, warum und seit wann?

### Bisherige ambulante oder stationäre Behandlungen des Kindes

War Ihr Kind jemals in psychotherapeutischer, kinder- und jugendpsychiatrischer oder kinder- und jugendpsychosomatischer Behandlung?      nein      ja – wann, wo, warum und wie lange?

Kam es zu Suizidversuchen in der Vorgeschichte?

nein

ja      Bitte genaue Angabe wann und wie:

Besteht eine Begleitung durch das Jugendamt / den Allgemeinen sozialen Dienst?

nein

ja, seit \_\_\_\_\_, durch \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

### Aktuelle Problembereiche des Kindes

In welchen Bereichen hat ihr Kind Schwierigkeiten?

Aggressionen

Ängste

Schulabsentismus

Essstörung

Depressive Symptomatik

Bauchschmerzen

Kopfschmerzen

Einnässen

Einkoten

Schlafstörungen

Zwanghaftes Verhalten

Konzentrationsprobleme

Lese- und Rechtschreibschwäche

Rechenschwäche

Suchtproblematik: \_\_\_\_\_

**Was ist der Grund für die Anmeldung Ihres Kindes für eine stationäre/tagesklinische Behandlung?**

**Welche Veränderungen würden Sie sich im Rahmen der stationären/tagesklinischen Behandlung wünschen?**

**Wer hat Ihnen die Anmeldung bei uns empfohlen?**

Liebes Kind, liebe/r Jugendliche/e,

uns liegt es am Herzen von dir persönlich zu erfahren, warum du zu uns in eine stationäre oder tagesklinische Behandlung kommen möchtest. Daher bitten wir dich, uns ein bisschen zu beschreiben was dich belastet, welche Symptome du bemerkst und was deine Ziele für eine Behandlung bei uns wären. Schreib einfach drauf los, was dir dazu so einfällt. Wir danken dir für deine Offenheit!

**Anmerkung:** Verpflichtend auszufüllen - ab dem 8. Lebensjahr selbstständig, vorher diktiert.

**Meine Ziele und Wünsche für die Behandlung wären:**

---

**Toll gemacht! Vielen Dank!**



Hiermit erklären wir unser Einverständnis mit der Anmeldung von

(Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes)

für eine stationäre/tagesklinische Behandlung in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsycho-  
somatik im AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH.

Eine Aufnahme ist ab dem \_\_\_\_\_ möglich.

Wir sind alle auch mit einer kurzfristigen Aufnahmemöglichkeit innerhalb von 24 bis 48 Stunden  
einverstanden:

ja

nein

Datum, Unterschrift Kind bzw. Jugendlicher (ab 5. Lebensjahr erforderlich)

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter/ Vormund

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

## Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde/n ich/wir

(Vor- und Nachname/n der/des Sorgeberechtigte/n)

die Mitarbeiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychosomatik des AKK Altonaer  
Kinderkranken-hauses gGmbH in Bezug auf unsere Tochter / unseren Sohn / mein:e Betreute:r

Name des Kindes:

geboren am:

Straße/PLZ/Ort:

von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen/Institutionen (Angabe von Name,  
Anschrift und Ansprechpartner:in), um Behandlungs- und betreuungsrelevante Informationen  
auszutauschen sowie therapeutische Vorgehensmöglichkeiten zu besprechen:

1.

2.

3.

4.

5.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt wechselseitig. Diese kann jederzeit widerrufen werden.

---

Ort, Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten  
Mutter/ bzw. des Vormunds

---

Ort, Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte/r Patient:in,

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 Abteilung 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:

AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychosomatik

Bleickenallee 38

22763 Hamburg

Fon: 040 88908 270

Fax: 040 88908 272

E-Mail: [psychosomatik@kinderkrankenhaus.net](mailto:psychosomatik@kinderkrankenhaus.net)

[www.kinderkrankenhaus.net](http://www.kinderkrankenhaus.net)

#### 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, Ärztekammern 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 Daten an weitere berechnete 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:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit

Ludwig-Erhard-Str. 22, 7.OG

20459 Hamburg

Tel.: 040/ 428 54 – 40 40

Fax: 040/ 428 54 – 40 00

[mailbox@datenschutz.hamburg.de](mailto:mailbox@datenschutz.hamburg.de)

#### 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.

Ihr KJP-Team