

Elternfragebogen für die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: Tel. 06123 602 -460 Fax: 06123 602 - 404

Sekretariat-Ambulanz.KJP-Eltville@vitos-rheingau.de

Vitos Kinder- und Jugendambulanz für

psychische Gesundheit Eltville

Kloster-Eberbach-Str. 4

65346 Eltville

Sie können diesen Fragebogen in einem

Fensterbriefumschlag verschicken.

Bitte ausreichend frankieren!

Vorname des Kindes: _____ **Name:** _____

geb. am: _____ PLZ, Wohnort: _____

Straße: _____ Tel.: _____

Mobil/Handy: _____ E-Mail: _____

Nationalität: _____ ggf. Herkunftsland: _____

überweisender Kinder- / Hausarzt:

Adresse Hausarzt: _____

Krankenkasse: gesetzlich privat **Name der Krankenkasse:** _____

versichert durch: _____ geb.: _____

Wurde das Kind schon einmal in unserer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt?

nein wenn ja → ambulant stationär



Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt:

Vor- und Zuname: _____ ausgefüllt am: _____

Vater Mutter andere Person: welche?

Für eine erfolgreiche Beratung sind für uns einige Informationen notwendig und hilfreich. Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben **streng vertraulich** behandeln!

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten gleichzeitig möglich, andere Fragen werden vielleicht gar nicht auf das Kind zutreffen. Sie können auch Fragen unbeantwortet lassen. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. In diesen Fällen schreiben Sie bitte Ihre Antworten in Stichworten in die entsprechenden leeren Zeilen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne beim Ambulanztermin zur Verfügung. **Wenn Sie es einrichten können, sollten beide Eltern das Kind zur Erstuntersuchung begleiten.** Hier können Sie und die Kinder bzw. Jugendlichen das Anliegen schildern und gemeinsam mit den TherapeutInnen nach entwicklungsförderlichen Lösungsmöglichkeiten suchen.

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zur Erstuntersuchung mit:

Krankenversichertenkarte Überweisungsschein Vorbefunde / Berichte Zeugnisse U-Heft

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Zunächst würden wir gerne einen Überblick darüber bekommen, was Sie/Dich zu uns führt.

I. Gründe der Vorstellung

1. **Was sind** die aktuellen Gründe, unsere Abteilung aufzusuchen? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden liegen vor?

Angabe der Bezugspersonen (Bitte in Stichworten beschreiben)

Angabe des Patienten, wenn möglich (Bitte in Stichworten beschreiben)

2. **Wann ist** dieses Verhalten / sind diese körperlichen Beschwerden Ihrer Erinnerung nach erstmals aufgetreten?

ganz allmählich, etwa mit _____ Jahren beginnend

plötzlich im Alter von _____ Jahren

3. **Gab es** irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?

nein ja → welche?

4. **Zeigt sich** das Verhalten häufiger oder seltener, wenn das Kind sich an bestimmten Orten aufhält, zu bestimmten Tageszeiten, in bestimmten Situationen und / oder in Anwesenheit bestimmter Personen?

nein

häufiger bzw. stärker, wenn:

seltener bzw. schwächer, wenn:

5. **Für wen** ist dieses Verhalten des Kindes das größte Problem, wer leidet am meisten darunter?

6. **Wie haben** Sie bisher auf das genannte Verhalten des Kindes reagiert?

7. **Wie haben** für das Kind wichtige Personen (anderer Elternteil, Großeltern, ErzieherInnen, LehrerInnen, usw.) auf das genannte Verhalten reagiert?

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Eltville	A 20010a	09.02.2022	06	Seite 2 von 18

8. **Wer hat uns empfohlen?** Mit welchen Erwartungen?

9. **Welche anderen Stellen haben Sie wegen des beschriebenen Verhaltens bereits aufgesucht?**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Frühförderung |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstellen | <input type="checkbox"/> Sozial-Päd. Zentrum | <input type="checkbox"/> Jugendamt |

Anschrift:	Von – Bis:	Aus welchem Anlass:

Bitte bringen Sie entsprechende Unterlagen in Kopie mit.

10. **Welche Untersuchungen/Behandlungen** haben bereits stattgefunden? (Bitte Unterlagen **in Kopie** mitbringen)

11. **Welche Maßnahmen** (z. B. Fördermaßnahmen) wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen?

Mit welchem Erfolg?

12. **Was gefällt** Ihnen an dem Kind besonders?

13. **Was soll** sich durch eine Therapie auf keinen Fall verändern?

II. Körperliche und geistige Entwicklung des Kindes

14. **Wie verlief** die Schwangerschaft?

- ohne Komplikationen
- Komplikationen (wie Schwangerschaftsvergiftung, Erkrankungen der Mutter, Konsum von Nikotin, Alkohol./ Drogen etc.) _____
- Belastungen (wie Erkrankungen im Umfeld, finanzielle Sorgen, Trennungskonflikte, etc.) _____

15. **Wie verlief** die Geburt?

- ohne Komplikationen Frühgeburt Geburtsgröße: _____ Geburtsgewicht: _____ Kopfumfang: _____

SS-Woche: _____ APGAR Werte: __ / __ / __ pH-Wert: _____

Komplikationen: (Zangengeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt, Nabelschnur um den Hals, blau im Gesicht, usw.):

Name des Dokuments: Elternfragebogen Eltville	Kennzeichnung: A 20010a	Datum: 09.02.2022	Rev: 06	Seiten: Seite 3 von 18
---	-----------------------------------	-----------------------------	-------------------	----------------------------------

16. **Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes:**_____ Alter des Vaters bei der Geburt des Kindes:_____

17. **Gab es** nachgeburtliche Komplikationen?

nein ja → welche?

18. **Wurde** das Kind gestillt?

nein ja → wie lange?

19. **Entwicklung** im 1. Lebensjahr (z.B. pflegeleicht, vermehrtes Schreien, Gedeihstörungen, Schlafstörungen)

20. **Ist das Kind** gekrabbelt? nein ja

21. **Mit wie viel Monaten** lernte das Kind laufen? _____ Monate

22. **Erfolgte** eine krankengymnastische / ergotherapeutische Behandlung / Frühförderung?

nein ja → was und wann?

23. **Wann lernte** das Kind sprechen? _____ Monate

Erste Worte: _____ 2-3-Wort-Sätze: _____ Ganze Sätze: _____

23a **Macht** ihr Kind Fehler in der Aussprache und / oder in der Grammatik? nein ja

23b **Können** Sie mit Ihrem Kind ein wechselseitiges Gespräch führen? nein ja

23c **Erfolgte** eine Sprachtherapie?

nein ja, von: _____ bis: _____ wegen: _____



24. **Besteht** eine Sehschwäche?

nein ja, trägt Brille seit: _____ wegen: _____

25. **Erfolgte** eine Hörüberprüfung? nein ja → wann? _____

Besteht ein Hörschaden? nein ja, und zwar: _____

26. **Gab** es eine Trotzphase? nein ja, im Alter von: _____

27. **Wann war** das Kind sauber? _____

Wann war es tagsüber trocken? _____ Wann war es nachtsüber trocken? _____



28. **Beginn** der Pubertät?

befindet sich noch nicht in der Pubertät im Alter von: _____ erste Monatsblutung im Alter von: _____

29. **Leidet das Kind** an einer bestimmten körperlichen Erkrankung (Anfallsleiden, usw.) oder erblichen angeborenen Erkrankungen?

nein ja → seit wann, welche?

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Eltville	A 20010a	09.02.2022	06	Seite 4 von 18

30. **Nimmt das Kind** regelmäßig Medikamente ein?

nein ja → welche? _____

31. **War das Kind** schon einmal im Krankenhaus?

nein ja → Alter von? Krankheit? Operation? _____

32. **Hat das Kind** schon einmal einen Unfall erlitten?

nein ja → wann? Art des Unfalls? _____

33. **Welche** Kinderkrankheiten hat das Kind gehabt? _____

34. Gab es **Impfzwischenfälle**? _____

35. Hat Ihr Kind **Unverträglichkeiten**, Allergien gegen Medikamente oder Substanzen?

nein ja → wenn ja, welche ? Penicillin Gluten Laktose Andere

III. Kindergarten - Schule

36. Krippenbesuch / Tagespflege: im Alter von _____

37. Wie ist / war das Verhalten in der Krippe / Tagespflege

ohne Probleme konnte sich nicht von der Mutter trennen

es gibt / gab Schwierigkeiten, weil: _____

38. **Kindergartenbesuch:**

im Alter von: _____ besuchte keinen Kindergarten, weil: _____

39. wurde halbtags besucht der Kindergarten wurde ganztags besucht

40. **Wie ist / war** das Verhalten im Kindergarten?

ohne Probleme konnte sich nicht von der Mutter trennen

es gibt / gab Schwierigkeiten, weil: _____

41. **Besuchte** das Kind den Kindergarten bis zum Schulbesuch? nein ja

Nur falls noch Kindergartenkind:

42. **Das Kind besucht** zurzeit folgenden Kindergarten

Regelkindergarten Heilpädagogischer Kiga Sprachheil Kiga Waldkindergarten etc...

Name und Anschrift des Kindergartens: _____

Wenn das Kind nicht zur Schule / Vorschule geht, können Sie die Fragen 40 bis 49 überspringen.

43. **Das Kind besucht** zurzeit folgende Schule / folgenden Schultyp:

Vorschule Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium Gesamtschule

Förderschule aktuelle Klassenstufe: _____ Nachmittagsbetreuung : ja nein:

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Eltville	A 20010a	09.02.2022	06	Seite 5 von 18

Name und Anschrift der Schule: _____

Da zu einer umfassenden Beurteilung des Kindes das familiäre und soziale Umfeld sowie seine körperliche Entwicklung wichtig sind, bitten wir Sie nun, die folgenden Fragen zu beantworten.

44. **Schulzeit:**

eingeschult im Alter von: _____ Jahren vorzeitig / verspätet weil: _____

von bis Schulart: Ort:

von bis Schulart: Ort:

von bis Schulart: Ort:

Wurde eine Klasse wiederholt? ja nein

Wenn ja, welche und warum:

Zeitweise kein Schulbesuch: Von Bis.

Aufgrund?.....

45. **Geht das Kind** gern zur Schule?

- ja verspätet sich oft
- geht regelmäßig hat regelmäßig Angst vor der Schule
- erscheint unterfordert überfordert schwänzt die Schule
- hat keine Lust
- fehlt oft wegen _____



46. **Welche besonderen** schulischen Interessen hat das Kind?

47. **Welche Fächer** fallen dem Kind schwerer?

48. **Ist die Versetzung** in die nächste Klasse gefährdet?

nein ja, wegen:

49. **Was beanstanden** die Lehrer besonders an den Leistungen und / oder dem Verhalten des Kindes?

Bitte in Stichworten beschreiben:

Was loben sie, wo fällt es positiv auf?

Bitte in Stichworten beschreiben:

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Eltville	A 20010a	09.02.2022	06	Seite 6 von 18

50. **Wie zufrieden sind Sie mit der Erledigung der Hausaufgaben durch das Kind?**

Bitte geben Sie eine Einschätzung von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend:

- muss meistens dazu besonders aufgefordert werden
- trödelt, unkonzentriert
- arbeitet nachlässig
- dem Kind muss ständig geholfen werden
- verschweigt oft, dass es Hausaufgaben aufhat
- weigert sich oft, die Hausaufgaben zu machen



51. **Dauer** der Hausaufgaben? _____

52. **Wer betreut** das Kind dabei? _____

IV. Freizeit - Freunde - Fähigkeiten

53. **Ist das Kind** in einer Kinder-, Jugendgruppe oder in einem Verein?

- nein ja, in: _____

54. **Wie schätzen Sie** die Kontakte des Kindes zu Freunden ein (außerhalb von Kindergarten bzw. Schule)?

- spielt mit vielen Kindern
- hat 1-2 gute Freunde
- hat keine Freunde
- spielt überwiegend mit älteren Kindern
- spielt überwiegend mit jüngeren Kindern
- hat Schwierigkeiten, weil _____



55. **Welche besonderen** Neigungen, Hobbys hat das Kind?



56. **Worin sehen Sie** seine besonderen Fähigkeiten?

57. **Womit beschäftigt sich Ihr Kind in seiner freien Zeit?** Mein Kind:

- trifft sich mit Freunden
- beschäftigt sich mit _____
- Medienkonsum Dauer (z.B. Fernsehen, PC, Smartphone): Wie viele Std? _____
- Wofür werden elektronische Medien eingesetzt (z.B. Social Media, Spiele, Lernen) _____
- ist viel mit Erwachsenen zusammen
- langweilt sich



Name des Dokuments: Elternfragebogen Eltville	Kennzeichnung: A 20010a	Datum: 09.02.2022	Rev: 06	Seiten: Seite 7 von 18
---	-----------------------------------	-----------------------------	-------------------	----------------------------------

V. Weitere Problembereiche

Es folgen nun Fragen zu unterschiedlichen Bereichen, in denen Kinder und Jugendliche unserer Erfahrung nach eventuell Schwierigkeiten oder Probleme haben **können**. Bitte beantworten Sie auch diese Fragen, damit wir uns ein umfassendes Bild machen können.

58. **Ist das Kind** oft sehr unruhig und / oder fällt es ihm schwer, aufmerksam zu sein?

nein / insbesondere bei (beschreiben Sie ggf. die Tätigkeit / das Spiel) _____

ja / seit wann? In welchen Situationen (zu Hause, in der Schule, Freizeit)?

59. **Kommt es** bei dem Kind sehr häufig vor, dass es trotzig ist und Erwachsene oder Kinder ärgert?

nein ja → In welchen Situationen und wem gegenüber?

nur zu Hause gegenüber Mutter / Vater / Geschwistern

nur in der Schule, Mitschülern / Lehrern gegenüber

im Freizeitbereich

überall



60. **Kommt es vor**, dass das Kind tagsüber oder nachts einnässt?

nein ja → war schon einmal länger als 6 Wochen hintereinander trocken

nässt tags ein, seit: _____ ca.: _____ mal pro Woche

nässt nachts ein, seit: _____ ca.: _____ mal pro Woche

Welche medizinischen Untersuchungen fanden statt?

nahm / nimmt welche Medikamente ein?

61. **Kommt es vor**, dass das Kind tagsüber oder nachts einkotet?

nein ja → kotet tags ein, seit: __ ca.: __ mal pro Woche

kotet nachts ein, seit: _____ ca.: _____ mal pro Woche

Welche medizinischen Untersuchungen fanden statt?

62. **Ist das Kind** sehr aggressiv oder ungehorsam anderen Personen gegenüber? Wir meinen damit z.B., dass es stiehlt, häufig wegläuft, in Schlägereien verwickelt ist, mit Gegenständen andere bedroht, fremdes Eigentum absichtlich beschädigt, zündelt, Tiere quält, einbricht, die Schule schwänzt, Kontakt mit der Polizei hat, sexuelle Übergriffe usw...

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Eltville	A 20010a	09.02.2022	06	Seite 8 von 18

nein ja → Bitte in Stichworten beschreiben: _____

63. **Trinkt** das Kind Alkohol?

nein ja → Was, wie viel und wie häufig pro Woche? _____

64. **Raucht** das Kind?

nein ja → Wie häufig und wie viel pro Tag? _____

65. **Nimmt das** Kind irgendetwas (Medikamente, Drogen), um seine Stimmung zu beeinflussen oder um sich aufzuputschen?

nein ja → Was und wie viel pro Woche? _____

66. **Gab es** schon einmal eine Zeit, in der das Kind über längere Zeit hinweg in seiner Stimmung deutlich verändert war?

nein ja → seit wann, wie lange? _____

- traurig, bedrückt
- ganz ärgerlich, gereizt, unzufrieden mit allem
- interesselos an den meisten Dingen
- unangemessen fröhlich
- schläft sehr viel / sehr wenig
- kann sich schlecht konzentrieren
- fühlt sich schuldig
- fühlt sich wertlos

Bitte beschreiben:



67. **Spricht das Kind** öfter darüber, dass es sich umbringen oder etwas antun will; oder hat es sich schon einmal bewusst verletzt oder einen Selbstmordversuch begangen?

nein ja → seit wann, wie oft? Bitte beschreiben:

68. **Hat das Kind** große Angst oder Befürchtungen und / oder reagiert es bisweilen panisch?

nein ja → seit wann, wie lange?

- körperliche Symptome, z.B. Herzklopfen
- Angst sich zu trennen: Von wem?

- Angst, dass jemand etwas zustößt: Wem?

- Angst vor bestimmten Dingen:



Angst vor bestimmten Orten, z.B. Geschäften, Fahrstühlen, Menschenmengen:

Befürchtungen, dass es einen Angstanfall bekommen könnte

sehr ängstlich, aufgeregt, nervös, wenn es mit anderen Menschen zusammen ist

Bitte beschreiben:

69. **Fallen Ihnen** im Verhalten des Kindes zwanghafte Wiederholungen, übermäßiges Kontrollieren auf, oder besteht es auf bestimmten Abläufen oder berichtet es, dass es durch immer wiederkehrende Gedanken gestört wird?

nein ja → seit wann, wie lange? Bitte beschreiben:

Das Kind:

wäscht sich immer wieder die Hände

kontrolliert immer wieder:

wiederholt immer wieder:

berichtet von immer wiederkehrenden Gedanken, Vorstellungen

macht sich mehr Sorgen als eigentlich nötig wären:

Worüber? Um wen?



70. **Haben Sie** den Eindruck, dass sich das Kind an ein sehr belastendes oder lebensbedrohliches Ereignis erinnert, dass es Opfer einer Gewalttat (ernsthafte Körperverletzung, sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung, tätlicher Angriff), eines Verkehrsunfalls oder einer Naturkatastrophe war oder dass es gesehen hat, wie jemandem so etwas geschehen ist?

nein ja → wann, was? Bitte beschreiben:

71. **Hat es schon** einmal eine Zeit gegeben, in der das Kind eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht hat, wie z.B. Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkten?

nein ja → wann, was? Bitte beschreiben:

72. **Wenn möglich**, geben Sie bitte die Körpergröße und das Gewicht des Kindes an: ____ cm ____ kg

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Eltville	A 20010a	09.02.2022	06	Seite 10 von 18

73. **Sind** Sie mit dem Gewicht zufrieden?

- ja
- wiegt zu wenig
- hat stark abgenommen: _____ kg innerhalb von: _____
- wiegt zu viel
- hat stark zugenommen: _____ kg innerhalb von: _____

74. **Machen Sie** sich Sorgen um das Essverhalten des Kindes?

nein ja → seit wann?: _____

Das Kind:

- isst zu viel
 - nimmt Abführ- oder Diätmittel ein
 - isst zu wenig erbricht nach der Mahlzeit
 - hat Essanfälle oder Heißhungerattacken
-

75. **Wie lange** schläft ihr Kind in der Regel?

Dauer des Nachtschlafs: _____

- Einschlafprobleme
- Durchschlafprobleme
- Häufiges nächtliches Aufschrecken
- Alpträume



76. **Klagt das Kind** häufiger über körperliche Beschwerden?

nein ja → seit wann, wie oft, in welchen Situationen? _____

Das Kind hat:

- Kopfschmerzen: Häufigkeit? _____
 - Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen: Häufigkeit? _____
 - Tics (Blinzeln, Kopfwerfen, Schulterzucken, Grimassieren, Räuspern, usw.) Häufigkeit? _____
 - erbricht nach der Mahlzeit
 - sonstige Beschwerden: _____
-

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Eltville	A 20010a	09.02.2022	06	Seite 11 von 18

77. **Hier ist Raum** für alle Dinge, die für Sie noch wichtig sind, die wir aber vielleicht nicht erfragt haben.

VI. Familiäre Situation

78. **Name des Vaters** / Geburtsdatum: _____

Schulbildung / Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

79. **Name der Mutter** / Geburtsdatum: _____

Schulbildung / Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____



80. **Familiäre Situation:**

Mutter und Vater in Partnerschaft seit: _____

Mutter / Vater verstorben seit: _____

Mutter / Vater krank, behindert: _____

getrennt / geschieden seit: _____

Sorgerecht liegt bei: _____

in neuer Partnerschaft, wer, seit? _____

Kind wurde adoptiert im Alter von: _____

Pflegekind, seit: _____

Kind lebte im Heim von: _____ bis: _____

79a. **Großeltern**

Mutter des Vaters, Alter: _____ Kontakt: ja nein

Vater des Vaters, Alter: _____ Kontakt: ja nein

Mutter der Mutter, Alter: _____ Kontakt: ja nein

Vater der Mutter, Alter: _____ Kontakt: ja nein

81. **Von wem** wurde das Kind bisher vorwiegend erzogen?

von der Mutter vom Vater von den Großeltern

von: _____

82. **Welche weiteren** Personen leben zusammen mit dem Kind im gleichen Haushalt oder üben einen Einfluss auf die Erziehung des Kindes aus?

Bei Scheidung oder Trennung der Eltern?

a) bei wem lebt das Kind?

bei der Mutter beim Vater lebt nicht bei den Eltern, sondern bei:

b) wie häufig hat es Kontakt zum anderen Elternteil?

überhaupt nicht etwa alle _____ Wochen bzw. _____ mal jährlich

83. **Wer betreut** das Kind, wenn es vom Kindergarten / Schule nach Hause kommt?

84. **Sind sich die Eltern** hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig?

ja häufig uneinig entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

85. **Hat das Kind** zu Hause regelmäßige Pflichten/Aufgaben?

nein ja → welche? _____

86. **Geschwister:**

Name / Geburtsdatum

Schule / Ausbildung



87. **Wohnverhältnisse:**

ausreichend:

ungünstige, beengte Verhältnisse:

Kind teilt sich Zimmer mit:

häufiger Wohnungswechsel:

88. **Finanzielle Situation:** zufriedenstellend ausreichend belastend

89. **Wurde irgendjemand** aus der Familie des Kindes jemals wegen Ängsten, Depressionen, Ess-, Alkoholproblemen oder anderen psychischen Problemen ambulant oder in einer Klinik behandelt? Oder hatte jemand solche Probleme, suchte aber keine Hilfe auf?

nein ja → wer? (*Bitte näher beschreiben*) _____

Name des Dokuments: Elternfragebogen Eltville	Kennzeichnung: A 20010a	Datum: 09.02.2022	Rev: 06	Seiten: Seite 13 von 18
---	-----------------------------------	-----------------------------	-------------------	-----------------------------------

90. **Belastungsfaktoren:** Gibt es aktuelle oder vergangene belastende Ereignisse, die Ihre Familie betreffen? (zum Beispiel Krankheiten, Unfälle oder Behinderungen von Angehörigen, Todesfälle...)

91. nein ja → wer? (*Bitte näher beschreiben*)

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Eltville	A 20010a	09.02.2022	06	Seite 14 von 18

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

alleiniges Sorgerecht

gemeinsames Sorgerecht

Mit der Vorstellung meines Kindes _____

in der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Eltville, Kloster-Eberbach-Str. 4, 65346 Eltville,
bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter: _____

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters: _____

*(Bitte beachten Sie, dass wir in jedem Fall die Unterschrift von **beiden** sorgeberechtigten Eltern benötigen)*

Name, Adresse und Telefonnummer beider Sorgeberechtigten:

Falls das Personensorgerecht nicht bei den Eltern liegt:

Mit der Vorstellung von _____

in der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Eltville, Kloster-Eberbach-Str. 4, 65346 Eltville,
bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten: _____

Zur Sicherung einer guten Versorgung Ihres Kindes schicken wir in der Regel einen Bericht an den überweisenden
Haus- oder Kinderarzt.

Bitte entbinden Sie uns hierzu von unserer Schweigepflicht:

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Als Erziehungsberechtigte/r des Kindes :

entbinde ich hiermit die Mitarbeiter/Innen der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit, Eltville
von der Schweigepflicht gegenüber der /dem zuständigen Kinder- / Hausarzt.

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Eltville	A 20010a	09.02.2022	06	Seite 15 von 18

Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH
Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

1. Ich willige darin ein, dass die Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH die Übermittlung meiner Behandlungs- und Betreuungsdaten anfordert, soweit sie für die anstehende Behandlung/ Betreuung erforderlich sind

- von meinem Hausarzt und meinen behandelnden Fachärzten (auch Notärzte)

ja nein

- von vorbehandelnden Kliniken, Einrichtungen

(Name d. Klinik/ Einrichtung)

ja nein

- aus vorhergehenden ambulanten und stationären Behandlungen/Betreuung innerhalb der Vitos Gesellschaften

ja nein

2. Die Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH wird während und nach Abschluss der Betreuung ermächtigt, meine Behandlungsdaten und Befunde an den Hausarzt / weiterbehandelnden Facharzt oder die weiter betreuende Einrichtung zu übermitteln.

ja nein

Name / Einrichtung:

Ich kann dieser Einwilligung in die Datenübermittlung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (für Rückfragen steht Ihnen der/die Datenschutzbeauftragte unter datenschutz@vitos-hochtaunus.de, Tel. 06175 / 791-0 zur Verfügung).

Ort, Datum

Unterschrift Patient oder des gesetzlichen Vertreters
(entsprechende Vollmacht liegt vor)

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Eltville	A 20010a	09.02.2022	06	Seite 16 von 18

Konzerndatenschutz

Datenschutzinformation nach Art. 13, 14 DSGVO und ePA-Information

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Datenschutz hat einen besonders hohen Stellenwert für Vitos, deshalb ist uns der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sehr wichtig. Für Ihre Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, dass wir Daten zu Ihrer Person und die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten verarbeiten. Nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchen Zwecken wir Ihre Daten verarbeiten und an wen wir sie übermitteln. Dabei hängt es von Ihrer Behandlung ab, wie wir Ihre Daten nutzen. Darüber hinaus möchten wir Sie über Ihre Datenschutzrechte sowie über die Nutzung der elektronischen Patientenakte und Ihre Rechte bei Vitos informieren. Sie haben bei Vitos folgende Möglichkeiten, diese Informationen jederzeit, auch vor der Erhebung der personenbezogenen Daten und während der Behandlung zur Kenntnis zu nehmen:

- Als Aushang in der jeweiligen Einrichtung vor Ort
- Als Auslage bei der Aufnahme
- Selbstverständlich erhalten Sie auch einen Ausdruck der Informationen auf Nachfrage und Ihren Wunsch beim Klinikpersonal, insbesondere bei der Aufnahme; Sprechen Sie uns hierzu gerne an.
- Auf Nachfrage erläutern wir Ihnen diese gerne auch mündlich.
- Auf Nachfrage stehen Ihnen auch Übersetzer zur Verfügung.
- Als elektronische Einsicht über unsere Vitos Webseite unter folgendem Link:
- **Datenschutzinformationen für Patientinnen und Patienten**
- [https:// www . vitos . de / legal - information / datenschutz / datenschutzinformationen - fuer - patientinnen - und - patienten](https://www.vitos.de/legal-information/datenschutz/datenschutzinformationen-fuer-patientinnen-und-patienten)
- **Datenschutzinformationen zur elektronischen Patientenakte (ePA)**
- [https :// www . vitos . de / legal - information / datenschutz / informationen - zur - elektronischen - patientenakte – epa](https://www.vitos.de/legal-information/datenschutz/informationen-zur-elektronischen-patientenakte-epa)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Information zum Datenschutz sowie Information zur elektronische Patientenakte zur Kenntnis nehmen konnten. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Unterschrift lediglich unserer Dokumentation dient. Für die Durchführung ihrer Behandlung ist diese Unterschrift keine Voraussetzung. Auch stellt diese Unterschrift weder eine Einwilligung noch eine Bestätigung in die Inhalte dar. Selbstverständlich können Sie die Informationen auch in Ruhe zu Hause lesen und bei Fragen gerne jederzeit auf uns zukommen.

Bei weiteren Fragen zur Datenverarbeitung und Ihre Rechte sowie zur elektronischen Patientenakte steht Ihnen das Klinikpersonal oder der zuständige Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information zum Datenschutz sowie zur elektronischen Patientenakte zur Kenntnis nehmen konnte.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/Patientin; ggf. gesetzl. Vertreter

Hinweis: Eine Mehrfertigung erhält der Patient/die Patientin auf Wunsch für seine Unterlagen. Original mit Unterschrift wird in der Behandlungsakte zur Dokumentation abgelegt.

Vitos Rheingau
Gemeinnützige GmbH
Kloster-Eberbach-Str. 4
65346 Eltville

Tel. 06123 – 602 - 0
Fax: 06123 – 602 - 297
info@vitos-rheingau.de
www.vitos-reingau.de

Geschäftsführer: Servet Dag
Sitz: Eltville
Registergericht: Wiesbaden HRB 23267
Gesellschafter: Vitos GmbH, LWV Hessen

Bank für Sozialwirtschaft
BIC BFSWDE33MNZ
IBAN DE61 5502 0500 0008 6509 00
Ust-ID DE255595664
Steuer-Nr. 02622699078

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Eltville	A 20010a	09.02.2022	06	Seite 17 von 18

Einwilligung zur Vorbereitung und Durchführung einer Videosprechstunde sowie Datenübermittlung an den Videosprechstundenanbieter CGM Clickdoc / La Well Systems GmbH

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Behandler/Ihre Behandlerin hat Ihnen die Behandlung per Videosprechstunde empfohlen. Damit wir Ihnen diese anbieten können, sind wir verpflichtet, von Ihnen die Einverständniserklärung in die Durchführung und die hierfür erforderliche Datenverarbeitung sowie Schweigepflichtentbindung einzuholen. Die Durchführung der Videosprechstunde erfolgt über den Anbieter CGM Clickdoc.

(bitte leserlich ausfüllen)

Name der mich behandelnden Vitos Einrichtung _____

Name meines Behandlers _____

Mein Name, Vorname (Patient) _____

Geburtsdatum (zur eindeutigen Identifizierung) _____

E-Mail-Adresse (zum Versand der Zugangsdaten) _____

Wir bitten Sie daher uns die folgende Einwilligungserklärung zu erteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse zum Versand der Zugangsdaten für die Videosprechstunde verwendet wird und dass meine personenbezogenen Daten (Zugangsname, Zugangscode, E-Mail-Adresse) an CGM Clickdoc zum Zweck der Zusendung von Zugangsdaten zur Videosprechstunde/Videokonferenz und Nutzung sowie Durchführung der Videosprechstunde übermittelt und offenbart werden. Hiermit entbinde ich den oben genannten Behandler/Behandlerin von seiner/ihrer Schweigepflicht zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde gegenüber La-Well Systems GmbH (Hartwig-Mildenberg-Straße 5-9, 32257 Bünde) als Anbieter der CGM Clickdoc Videosprechstunde.

La Well kann ausdrücklich keine Gesundheitsdaten während der Videosprechstunde von Ihnen einsehen. Eine Aufzeichnung erfolgt ausdrücklich nicht. Die Datenübermittlung umfasst lediglich Metadaten, die aus technischer Sicht erforderlich sind. Rechtsgrundlage ist Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a), 7 DSGVO.

Diese Einwilligung gilt unbefristet für die Dauer der Durchführung von Videosprechstunden mit dem Anbieter CGM Clickdoc durch die oben genannte Vitos Einrichtung und Behandler. Sofern sich der Behandlungskontext ändert, erfolgt eine erneute Einwilligung. Zugangsname und -code werden im Account des Leistungserbringers gespeichert, bis dieser sie löscht. Ihre E-Mail-Adresse wird unmittelbar nach dem Versand des Zugangscode gelöscht.

Diese Einwilligung ist ausdrücklich freiwillig und kann jederzeit ohne Angaben von Gründen für die Zukunft widerrufen werden. Teilen Sie hierzu Ihren Widerspruch direkt ihrem Behandler mit.

Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligung nicht abhängig, jedoch ist für die Videosprechstunde die Einwilligung und Datenverarbeitung zwingende Voraussetzung. Sofern Sie die Einwilligung nicht erteilen oder widersprechen, können wir daher keine Videosprechstunde anbieten.

Bitte nehmen Sie unsere Information zum Datenschutz unter <https://www.vitos.de/legal-information/datenschutz/datenschutzinformationen-fuer-die-videosprechstunde-clickdoc> zur Kenntnis. Auf Ihre Nachfrage geben wir Ihnen diese Erklärung gerne in Papierform. Sprechen Sie uns gerne an!

Einwilligung:

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in; ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)

Hinweis zu Betroffenenrechten:

Sie haben gemäß den Bestimmungen der DSGVO Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten und deren Herkunft, die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die Daten weitergegeben werden und den Zweck der Speicherung (Art. 15 DSGVO); Berichtigung, Löschung oder Einschränkung nach Maßgabe von Art. 16-18 DSGVO; Übertragung Ihrer Daten auf eine andere verantwortliche Stelle nach Maßgabe von Art. 20 DSGVO; Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde Ihrer Wahl (Art. 77 DSGVO), Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung können Sie jederzeit ganz oder teilweise uns gegenüber widerrufen; wir verarbeiten Ihre Daten dann nicht weiter und löschen diese, außer es besteht eine gesetzliche Erlaubnis für die weitere Verarbeitung; ein Widerspruch oder ein Widerruf lässt die Zulässigkeit der Datenverarbeitung in der Vergangenheit unberührt.

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Eltville	A 20010a	09.02.2022	06	Seite 18 von 18