

Elternfragebogen für die **Wiedervorstellung** 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: _____

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

versichert durch: _____ geb.: _____

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

_____ 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.

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

I. Gründe der Vorstellung

1. Was sind die aktuellen Gründe, unsere Abteilung aufzusuchen? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt das Kind? (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?

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

9. Welche Untersuchungen/Behandlungen haben bereits stattgefunden? (Bitte Unterlagen mitbringen)

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Wiedervorstellung Eltville	A 20167a	09.02.2022	03	Seite 2 von 7

10. Welche Maßnahmen (z. B. Fördermaßnahmen) wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen?
Mit welchem Erfolg?

11. Wer hat uns empfohlen? Mit welchen Erwartungen kommen Sie zu uns ?

II. Gründe der vorherigen Vorstellung(en)

12. Welche Gründe hatten Sie damals, uns aufzusuchen?

13. Welche Maßnahmen wurden empfohlen bzw. durchgeführt?

14. Welche Veränderungen konnten Sie feststellen?

III. Änderungen im familiären und sozialen Umfeld

15. Gab es irgendwelche Veränderungen in Ihrer familiären Situation?

Eheschließung / Partnerschaft: _____

Trennung / Scheidung: _____

Geschwisterkinder: _____

Gab es Todesfälle im näheren Umfeld? _____

Umzüge: _____

16. Gab es in der Zwischenzeit Ereignisse, die möglicherweise für Ihr Kind belastend waren?

17. Welchen Kindergarten bzw. Schule / Schulklasse besucht Ihr Kind derzeit?

18. Welchen Freizeitaktivitäten geht Ihr Kind nach?

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

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Wiedervorstellung Eltville	A 20167a	09.02.2022	03	Seite 3 von 7

IV. Einverständniserklärung

Mit der Vorstellung meines Kindes: _____

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

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten **Mutter**: _____

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten **Vaters**: _____

Falls das Personensorgerecht nicht bei den Eltern liegt:

Mit der Vorstellung des Kindes: _____

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

(Name, Vorname u. des Personensorgeberechtigten) _____

Datum, Unterschrift : _____

V. Schweigepflichtentbindung

Als Erziehungsberechtigte/r des Kindes (bzw. Personenberechtigten) _____

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; Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Wiedervorstellung Eltville	A 20167a	09.02.2022	03	Seite 4 von 7

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 Wiedervorstellung Eltville	A 20167a	09.02.2022	03	Seite 5 von 7

Konzern Datenschutz

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 elektronischen 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

Ein Unternehmen des **LWV**Hessen 

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Wiedervorstellung Eltville	A 20167a	09.02.2022	03	Seite 6 von 7

