

## عزيزي المريض، أعزائي الآباء،

إننا نتطلع إلى الترحيب بكم قريباً في مركز Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen. من الضروري ملء حزمة البيانات الأولية المرفقة (معلومات المريض وتصريح الموافقة والقصة العائلية) واصطحبها إلى اجتماع الاستشارة الأولية مع طبيبتنا النفسية للأطفال.

عند ملء حزمة البيانات، يرجى كتابة أكبر قدر ممكن من المعلومات حيث تتضمن القصة العائلية معلومات مهمة بشكل مباشر للعلاج أو التشخيص. بهذه الطريقة، يمكن للطبيبة العودة للقصة المرضية خلال المحادثة واستثمار المزيد من الوقت في تقديم المعلومات والمشورة على سبيل المثال.

لكي يتم الموعد، يرجى إحضار ما يلي معكم إلى اجتماع الاستشارة الأولية:

- بطاقة تأمين للطفل
- حزمة البيانات الأولية
- الكتيب الأصفر للفحص („Gelbes Untersuchungsheft“)
- جميع التقارير المدرسية
- في حال توفرها، يرجى أيضاً إحضار رسائل الطبيب الحالي، وتقارير التطور (مثلاً من مركز الرعاية النهارية أو المدرسة أو الرعاية بعد المدرسة) والتقارير من المعالجات السابقة (مثل العلاج النفسي أو العلاج المهني أو علاج النطق)

يجب أن يكون الوالدان أو شخص واحد على الأقل يتمتع بالحضانة (مثل الوصي) حاضرين في اجتماع الاستشارة الأولية. في حال وجود صعوبات في اللغة الألمانية، يرجى إحضار شخص يمكنه الترجمة لك (مثل مساعد الأسرة أو أحد الأقارب).

في حال وجود أية أسئلة، يمكنك دائماً الاتصال بنا عن طريق الهاتف على الرقم التالي 030/33309256.

مع أطيب التحيات

فريق MVZ



## معلومات المريض

### (A) حول سياسة حماية خصوصية البيانات

عزيزي المريض، أعزائي الآباء،

حماية بياناتك الشخصية مهمة بالنسبة لنا. وفقاً لنظم الاتحاد الأوروبي لسياسة حماية خصوصية البيانات (DSGVO)، نحن ملزمون بإبلاغك بالغرض الذي نقوم من أجله مركزنا بجمع البيانات أو تخزينها أو إعادة إرسالها. إن المعلومات التالية تحيطك علماً بحقوقك بذلك الخصوص.

#### 1. مسؤولية معالجة البيانات

المسؤول عن معالجة البيانات هو:

Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen  
Irina Peters  
Schrockstraße 25  
14165Berlin

#### 2. الغرض من معالجة البيانات

تتم معالجة البيانات على أساس المتطلبات القانونية من أجل الوفاء بعقد العلاج بينك وبين طبيبك والالتزامات المرتبطة بذلك. لهذا الغرض، نقوم بمعالجة بياناتك الشخصية وبالتحديد بياناتك الصحية. وهذا يشمل السوابق المرضية والتشخيص ومقترحات العلاج والنتائج التي نجمعها نحن أو أطباء آخرون. لهذه الأغراض، قد يزودنا الأطباء أو المعالجون النفسيون الآخرون الذين يتم علاجك معهم بالبيانات (في رسائل الطبيب على سبيل المثال). جمع البيانات الصحية هو شرط أساسي للعلاج حيث لا يمكن تقديم علاج دقيق في حال عدم توفر المعلومات اللازمة.

#### 3. مستلمو بياناتك

نحن ننقل بياناتك الشخصية إلى أطراف ثالثة فقط إذا كان ذلك مسموحاً به بموجب القانون أو إذا كنت قد أعطيت موافقتك بذلك. قد يكون متلقو بياناتك الشخصية، على وجه الخصوص، أطباء و معالجين نفسيين آخرين ورابطات الأطباء و شركات التأمين الصحي و الخدمة الطبية للتأمين الصحي و النقابات الطبية و غرف التحكيم الطبي الخاصة. الغرض الأساسي من الإرسال هو إصدار فواتير الخدمات المقدمة لك وتوضيح القضايا الطبية والقضايا الناشئة عن علاقتك بالتأمين الصحي الخاص بك. في بعض الحالات الفردية، يتم إرسال البيانات إلى مستلمين آخرين مفوضين.

#### 4. تخزين البيانات الخاصة بك

نحتفظ ببياناتك الشخصية فقط طالما كان ذلك ضرورياً لتنفيذ العلاج. نظراً للمتطلبات القانونية، نحن ملزمون بتخزين هذه البيانات لمدة 10 سنوات على الأقل بعد الانتهاء من العلاج.

#### 5. حقوقك

لديك الحق في الحصول على معلومات حول البيانات الشخصية المتعلقة بك. يمكنك أيضاً طلب تصحيح البيانات غير الصحيحة. بالإضافة إلى ذلك، في ظل ظروف معينة، يحق لك حذف البيانات والحق في تقييد معالجة البيانات والحق في إمكانية نقل البيانات. تتم معالجة بياناتك على أساس اللوائح القانونية. نحتاج إلى موافقتك في حالات استثنائية فقط. في هذه الحالات، يحق لك سحب موافقتك على المعالجة المستقبلية للبيانات.

لديك أيضاً الحق في تقديم شكوى إلى السلطة الإشرافية المختصة بحماية البيانات إن كنت تعتقد أن معالجة بياناتك الشخصية قد تمت بشكل غير قانوني.

عنوان السلطة الإشرافية المسؤولة عنا هو:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin  
Postfach 31 09 29  
10639 Berlin  
Tel.: (030) 90229-0

## 6. الأساس القانوني

الأساس القانوني لمعالجة البيانات الخاصة بك هو المادة 9(2)(h) DSGVO بالتزامن مع الفقرة 22(1)(1)(b) Bundesdatenschutzgesetz (قانون حماية البيانات الاتحادي). إذا كان لديك أي أسئلة ، فلا تتردد بالاتصال بنا.

### (B) نوع التأمين الصحي

اسم شركة التأمين: \_\_\_\_\_  
دافع الفاتورة: \_\_\_\_\_  
عنوان إرسال الفواتير: \_\_\_\_\_

### (C) زيارة MVZ

يمكنك بموجب هذا منحنا الإذن بمغادرة طفلك للمركز وحده بعد الموعد.

هل يمكن لطفلك ترك المركز وحده؟

نعم   
لا

لقد أحطت علما بجميع المعلومات المتعلقة بحماية البيانات وزيارة مركز MVZ وأوافق على الشروط المذكورة أعلاه.

برلين (التاريخ) \_\_\_\_\_ توقيع الوالدين \_\_\_\_\_

## تصريح موافقة

للوالدين المنفصلين مع حضانة مشتركة

أنا الموقع أدناه \_\_\_\_\_ أوافق على

(اسم الوالد أو الوالدة أو الوصي القانوني)

العلاقة مع الطفل  أم الطفل  أب الطفل

أن يتم لطفي

اسم المريض

عنوان المريض

- تشخيصه/معالجته في مركز Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen عن طريق وسائل تشخيصية وعلاجية متعددة.
- أوافق صراحة على إعداد وإصدار التقارير أو آراء الخبراء أو شهادات أخرى.

نعم  لا

أقر بموجب هذا، إعفاء مركز Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen من واجب الالتزام بالسرية تجاه الشخص (أو الأشخاص) أو المؤسسة التالية (مثل المدرسة أو جهة رسمية):

الاسم

الاسم

برلين (التاريخ)

التوقيع

اسم الوالد أو الوالدة أو الوصي القانوني



## Anamnesebogen

Bitte lesen Sie die Fragen zur Entwicklung, zum Verhalten und zur allgemeinen Lebenssituation Ihres Kindes / Ihrer/s Jugendlichen sorgfältig durch und antworten Sie ausführlich.

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ Beziehung zum Kind:  Mutter  Vater  Andere: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

### I. Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name und Vorname Kind / Jugendliche \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Festnetznummer / Mobilnummer \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Kindergarten / Schule \_\_\_\_\_ Klasse (falls zutreffend) \_\_\_\_\_

Aktuelle Kinderarzt/ärztin // Psychiater/in \_\_\_\_\_ Körpergröße \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Kind / Jugendliche lebt bei:  Eltern  Mutter  Vater  Heim/WG  Andere/r/s: \_\_\_\_\_

### II. Bisherige Behandlung

War/Ist Ihr Kind schon einmal in psychologischer / psychiatrischer Behandlung?

- Nein, Mein Kind war **noch nie** in psychologischer / psychiatrischer Behandlung.
- Ja, Mein Kind war **schon** in psychologischer / psychiatrischer Behandlung bei...  
(z.B. psychotherapeutische Praxis, Sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

\_\_\_\_\_

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_ Beginn/Ende der Behandlung \_\_\_\_\_

- Ja, mein Kind ist **derzeit (im aktuellen Quartal)** in psychologischer / psychiatrischer Behandlung bei...  
(z.B. psychotherapeutische Praxis, Sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

\_\_\_\_\_

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_ Beginn der Behandlung \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind gesundheitliche Probleme?

- Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie) \_\_\_\_\_
- Andere Erkrankungen (z.B. Allergien, Herzprobleme) \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (auch alternative Heilmittel)?

- Nein.  
 Ja, nämlich: \_\_\_\_\_

**III. Angaben zu den Eltern** (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

- Eltern leben  zusammen  getrennt
- Kind lebt bei  beiden Eltern  Mutter  Vater  Anderes: \_\_\_\_\_
- Sorgerecht  Gemeinsames Sorgerecht  Alleiniges Sorgerecht bei: \_\_\_\_\_

**MUTTER**

- leibliche Mutter  Adoptivmutter  Pflegemutter  Stiefmutter

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
 Anschrift (falls abweichend zu Kind / Jugendliche/r)

\_\_\_\_\_  
 Telefon- und Mobilnummer / Erreichbarkeit Beruf

- Vollzeit  Teilzeit  arbeitssuchend  Hausfrau

\_\_\_\_\_  
 Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen

**VATER**

- leiblicher Vater  Adoptivvater  Pflegevater  Stiefvater

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
 Anschrift (falls abweichend zu Kind / Jugendliche/r)

\_\_\_\_\_  
 Telefon- und Mobilnummer / Erreichbarkeit Beruf

- Vollzeit  Teilzeit  arbeitssuchend  Hausmann

\_\_\_\_\_  
 Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen



**IV. Angaben zu Geschwistern (G), Halbgeschwistern (HG), Stiefgeschwistern (SG)** (falls vorhanden)

- Wie viele Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister) leben mit im Haushalt? \_\_\_\_\_

---

Name, Vorname    Alter    Körperliche / psychische Probleme     G  HG  SG

---

Name, Vorname    Alter    Körperliche / psychische Probleme     G  HG  SG

---

Name, Vorname    Alter    Körperliche / psychische Probleme     G  HG  SG

**V. Vorgeschichte**

**a) Geburt**

- Alter der Mutter bei Geburt: \_\_\_\_\_ Jahre
- Geplante Schwangerschaft:  nein  ja
- Kinderwunschbehandlung:  nein  ja
- Schwangerschaftskomplikation  nein  ja, welche:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Haben Sie als Mutter/Vater die Schwangerschaft als belastend erlebt?*

Körperlich: gar nicht 1 2 3 4 5 sehr belastend

Psychisch: gar nicht 1 2 3 4 5 sehr belastend

*Diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft:*

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Geburtslänge: \_\_\_\_\_

Kopfumfang: \_\_\_\_\_ Dauer der Geburt: \_\_\_\_\_

Geburt in der Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt:

nein  ja, beim Kind: \_\_\_\_\_

ja, bei der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsmodus:

Spontangeburt  Zangengeburt  Not-Kaiserschnitt

Vakuumextraktion  Geplanter Kaiserschnitt

**b) Entwicklung im Kleinkindalter**

Freies Sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Erste Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten

Erste Sätze mit \_\_\_\_\_ Monaten

Tags trocken mit \_\_\_\_\_ Monaten

Nachts trocken mit \_\_\_\_\_ Monaten

*Gab es Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (z.B. Unruhe, beim Essen, in sozialen Kontakten, im Schlafverhalten)?*

nein

ja, diese: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**c) Vorschulische Entwicklung**

Besuch Krippe  nein  ja

Besuch Kindergarten  nein  ja

- Wie ist / war das Verhalten in Krippe / Kindergarten?  unauffällig  es gibt / gab Schwierigkeiten, weil:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### d) Schulische Entwicklung

• Wann wurde Ihr Kind eingeschult? \_\_\_\_\_

• Schulart? \_\_\_\_\_

• Gab/ Gibt es schulische Probleme (soziales Miteinander/Lernstoff)?  nein  es gibt / gab Schwierigkeiten, weil:

\_\_\_\_\_

• Was sind die Lern-Stärken / Lern-Schwächen Ihres Kindes?

\_\_\_\_\_

• Regelmäßigkeit des Schulbesuchs:

regelmäßig  verspätet sich oft  schwänzt häufig  fehlt häufig, wenn: \_\_\_\_\_

• Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

Nennen Sie die Lieblingsbeschäftigung und Lieblingshobbies Ihres Kindes / Jugendlichen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nennen Sie Fähigkeiten / Stärken / Begabungen Ihres Kindes / Jugendlichen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste) in der Familie oder im familiären Umfeld?  nein  ja, folgende:

\_\_\_\_\_

#### VI. Beziehungen zu anderen Personen

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Eltern (z.B. besseres Verhältnis zu Mutter oder Vater)?

\_\_\_\_\_

Wie verträgt sich das Kind mit seinen Geschwistern? (Bitte jeweils angeben, um welches Geschwisterkind es sich handelt, z.B. schlecht mit... im Allgemeinen gut mit... häufigster Anlass zum Streit ist...)?

\_\_\_\_\_

Hat es Freunde / Freundinnen?  nein  ja, Anzahl: \_\_\_\_\_

Wie häufig verbringt das Kind seine Freizeit mit Freunden?

fast täglich  nicht täglich, sondern \_\_\_\_\_  ist lieber für sich allein

Wie verträgt es sich in der Gruppe? (außerhalb der Schule)

kommt gut mit anderen aus  möchte andere beherrschen  leicht durch andere zu beeinflussen  beschimpft

rechthaberisch  nimmt anderen gern etwas weg  zwickt, stößt, schlägt  wird von anderen beschimpft

zieht sich von anderen zurück  prahlt gern  wird von anderen wenig beachtet / gemieden

**VII. Vorstellungsanlass**

*Welches Problemverhalten Ihres Kindes hat Anlass gegeben, unser MVZ aufzusuchen? Seit wann bestehen die Probleme?*

---

---

*Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten des Verhaltens zusammenfielen?*

---

---

*Wie hat sich das Verhalten im Laufe der Zeit entwickelt?*

---

---

*Zeigt sich das Verhalten häufiger / seltener, an bestimmten Orten / zu bestimmten Tageszeiten / mit bestimmten Personen?*

---

---

*Wer in Ihrer Familie (oder Verwandtschaft) leidet oder litt unter ähnlichen Problemen?*

---

---

*Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung in unserem MVZ?*

---

---

**Vielen Dank für das Ausfüllen des Anamnesebogens!**