



## KJP Centrum in Hamburg

Praxis für Psychotherapie, Psychosomatik und  
Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters

4. OG in der Spitaler Straße 32 / Gerhart-Hauptmann-Platz  
20095 Hamburg

fon 040 20 20 10 10  
fax 040 20 20 10 119  
[www.kjp-centrum.hamburg](http://www.kjp-centrum.hamburg)

### Merkblatt

Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Eltern und Begleitpersonen,

damit die Behandlung in unserer Praxis effizient und zielführend ist, bitten wir darum, folgende **Unterlagen** nachzureichen, falls du/Sie die Kopien **zum ersten Neuvorstellungstermin** vergessen hast/haben.

- Versicherungskarte
- Gelbes Vorsorgeheft (**Kopie**)
- Letzte drei Schulzeugnisse (**Kopie**)
- Befunde und Briefe aus früheren Untersuchungen (**Kopie**)

Falls du/Sie einmal verhindert sein sollten, bitten wir dich/Sie darum, Termine rechtzeitig, spätestens **48 Stunden** vor Beginn, abzusagen bzw. zu verlegen. Häufige Terminabsagen und –verlegungen verlängern die Behandlung und verzögern das Erreichen des Behandlungsziels, was sowohl für deine bzw. die Entwicklung ihres Kindes, als auch für unsere Planung ungünstig ist.

Wir erstellen gerne **Atteste, Befunde und Briefe**, um mit anderen Institutionen zu kooperieren und ein gutes Netzwerk an Hilfsangeboten für dich/Sie bzw. Ihr Kind zu schaffen. Dafür bitten wir aber um eine vorherige Anfrage, gerne auch telefonisch, und um etwas Geduld für die Bearbeitungszeit. Soll das Schreiben nicht an dich/Sie, sondern an andere Institutionen oder Personen gehen, benötigen wir eine entsprechende Schweigepflichtentbindung; bitte helfen Sie uns, daran zu denken.

Falls deine Eltern/ Sie kein oder schlecht deutsch sprechen, bitten wir dich/Sie, sich selbstständig um einen **Dolmetscher** zu kümmern. Auch wenn wir es immer wieder bewundern, wie schnell Kinder eine fremde Sprache erlernen, bitten wir Sie davon abzusehen, Ihre Kinder Übersetzen zu lassen. Fragen Sie Bekannte oder bitten Sie gegebenenfalls das Jugendamt/Arbeitsamt/Gesundheitsamt, Sie bei der Suche nach einem/einer ÜbersetzerIn zu unterstützen.

Wir bedanken uns herzlich und freuen uns für dein/Ihr Vertrauen, unterstützend begleiten zu dürfen.

Dein/Ihr Praxisteam von Dr. Schlüter & Kollegen

Name des Patienten/der Patientin: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Patienten und Patientinnen,  
der Schutz ihrer Daten ist uns wichtig!



**KJP Centrum in Hamburg**

Praxis für Psychotherapie, Psychosomatik und  
Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Dr. med. T. Schlüter  
KJP-Centrum in Hamburg – Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Spitaler Straße 32, 4. OG, 20095 Hamburg  
[www.kjp-centrum.hamburg](http://www.kjp-centrum.hamburg)

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt gemäß der gesetzlichen Vorgaben. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Hierzu zählen u.a. die Anamnese, die Diagnose, ggf. Therapieansätze 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 schriftlichen Berichten).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist eine notwendige Voraussetzung für eine Behandlung. Können die notwendigen Informationen nicht gewonnen werden, kann eine reguläre Behandlung nicht erfolgen.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können andere Ärzte/Psychotherapeuten, die Kassenzentrale Hamburg, Krankenkassen direkt, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern und die privatärztliche Verrechnungsstelle PVS Hamburg/Schleswig-Holstein sein.

Die Übermittlung erfolgt hauptsächlich zum Zweck der Abrechnung der erbrachten Leistungen, ggf. aber auch zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger nach erfolgter Zustimmung Ihrerseits.

### 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.

### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung falscher 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. Dieser Widerruf muss schriftlich erfolgen.

Sie haben die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu erkundigen, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht nach den genannten Richtlinien erfolgen sollte.

**Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:** Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Hansestadt Hamburg

### 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.

Eingesehen und akzeptiert

**Datum/Unterschrift(en):** \_\_\_\_\_

Patientenname/ Etikett



spitalerstraße 32, 4.OG  
20095 Hamburg

Fon: 040 – 20 20 10 10

Fax: 040 – 20 20 10 119

[www.kjp-centrum.hamburg](http://www.kjp-centrum.hamburg)

Liebe Eltern,

wir bitten Sie, uns zu bestätigen, dass sich Ihr Kind im aktuellen Jahresquartal nicht parallel in einer anderen ambulanten Behandlung (z.B. in einem Sozialpädiatrischen Zentrum wie dem Werner-Otto- Institut, dem Flehming- Institut oder in einer Kinder- jugendpsychiatrischen Ambulanz oder Praxis) befindet.

Hamburg, den

---

**Unterschrift Sorgeberechtigte(r) Eltern-(teil)**



**KJP Centrum in Hamburg**

Praxis für Psychotherapie, Psychosomatik und  
Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters

Patientenname/ Etikett

Spitalerstraße 32, 4.OG  
20095 Hamburg

Fon: 040 – 20 20 10 10

Fax: 040 – 20 20 10 119

[www.kjp-centrum.hamburg](http://www.kjp-centrum.hamburg)

### **Einverständniserklärung zur Behandlung**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis von Dr. Schlüter & Kollegen behandelt wird. Die Behandlung erfolgt nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Es ist für den Behandlungsverlauf notwendig und erwünscht, die Eltern in die Behandlung mit einzubeziehen. Diese Absprachen werden zum Behandlungsbeginn zwischen den Eltern und dem Arzt mündlich getroffen.

Daneben sind ggf. Diagnostik- und Therapieeinheiten ohne die direkte Anwesenheit der Eltern (oder der sorgeberechtigten Person) sinnvoll. Für diese Zeiten erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind durch die Ärzte und/ oder die Mitarbeiter der Praxis in meiner Abwesenheit behandelt oder betreut wird. Dies schließt die Behandlung und Betreuung durch eine oder mehrere der folgenden Berufsgruppen ein: Psychologen, Kunsttherapeuten, Pädagogen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter und weitere Praxismitarbeiter (ggf. auch in Ausbildung). Im Rahmen der Behandlung habe ich als sorgeberechtigte Person jederzeit die Möglichkeit über den Behandlungsverlauf von einem Mitarbeiter der Praxis und / oder vom Arzt persönlich informiert zu werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die behandlungsrelevanten Daten elektronisch gespeichert werden. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung personen- und behandlungsbezogene Daten per Datenfernübertragung (DFÜ) und /oder per Fax mit unseren Kooperationspartnern (Labor Dr. Fenner und Kollegen Hamburg und /oder den überweisenden / kooperierenden ärztlichen Kollegen) und /oder der zuständigen Abrechnungsstelle (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und /oder PVS Hamburg und / oder Ihrer Krankenkasse) ausgetauscht werden. Jegliche Haftung der Praxis von Dr. Schlüter & Kollegen in Bezug auf eine fehlerhafte Datenübermittlung und die unerlaubte oder fehlerhaft bedingte Dateneinsicht durch Dritte wird ausgeschlossen.

Für den Fall, dass ich mich per E-Mail an die Praxis wende, bin ich damit einverstanden, dass eine E-Mail-Korrespondenz stattfindet, die auch personenbezogene Daten enthalten kann.

Werden privatärztliche Leistungen vereinbart, wird für die Vergütung unserer Behandlung oder Beratung die jeweils aktuelle Gebührenordnung für Ärzte ( GOÄ ) zu Grunde gelegt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des KJP-Centrums an Arzt- oder Diagnostiktermine im Rahmen eines „Recalls“ einen Tag vor dem Termin telefonisch erinnern.

Falls ein sorgeberechtigter Elternteil nicht anwesend ist, gehen wir davon aus, dass der anwesende Elternteil im Interesse des behandelten Kindes alleine handeln darf und den abwesenden Elternteil über seine Handlungen umgehend informiert. Mit der Unterschrift bestätigt der anwesende Elternteil dies und wird den jeweils anderen umgehend über diese Erklärung informieren.

**Hamburg, den**

**Unterschrift (en)**



## KJP Centrum in Hamburg

Praxis für Psychotherapie, Psychosomatik und  
Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters

Spitalerstraße 32, 4.OG  
20095 Hamburg

Fon: 040 – 20 20 10 10

Fax: 040 – 20 20 10 119

[www.kjp-centrum.hamburg](http://www.kjp-centrum.hamburg)

Patientenname/ Etikett



### Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich mich als gesetzliche(r) Vertreter (in) des oben genannten Kindes / Jugendlichen mit der Weitergabe von Informationen über mein Kind in schriftlicher und / oder mündlicher Form einverstanden. Ich wünsche den Informationsaustausch der Ärzte

Dr. med. T. Schlüter und Kollegen/ Kolleginnen mit:

- der zuständigen Kindertagesstätte, dem Hort, und/oder der Schule
- der zuständigen Erziehungsberatungsstelle und / oder Frühförderstelle
- der sozialpädagogischen Familienhilfe
- der behandelnden Ergotherapie und / oder Logopädie
- dem /vor-oder nach-) behandelnden Arzt/der Ärztin
- der (vor-oder nach-) behandelnden Klinik /der Ambulanz/dem Institut
- dem zuständigen Jugendamt / oder der Jugendhilfeeinrichtung
- \_\_\_\_\_

(Zutreffendes wird mit einem Kreuz markiert und / oder handschriftlich eingetragen / nicht Zutreffendes wird gestrichen)

Zu diesem Zweck entbinde ich die Ärzte und die zuständigen Mitarbeiter der Praxis von Dr. Schlüter & Kollegen von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf.

Falls ein sorgeberechtigter Elternteil nicht anwesend ist, gehen wir davon aus, dass der anwesende Elternteil im Interesse des behandelten Kindes alleine handeln darf und den abwesenden Elternteil über seine Handlungen umgehend informiert.

Mit der Unterschrift bestätigt der anwesende Elternteil dies. Er wird den jeweils anderen umgehend über diese Erklärung informieren und die fehlende schriftliche Erklärung schnellstmöglich nachreichen.

Jugendliche erklären sich mit ihrer Unterschrift ebenfalls damit einverstanden, dass die Ärzte und die Mitarbeiter der Praxis von Dr. Schlüter & Kollegen mit der / den oben genannte(n) Stelle (n) in Kontakt treten und Informationen in schriftlicher/ und / oder mündlicher Form über sie einholen und weitergeben.

Mit meiner Unterschrift bin ich damit einverstanden, dass diese Erklärung per Post, Fax, oder E-Mail an die oben genannte Stelle (n) gesendet werden kann.

Hamburg, den

Unterschrift(en):



**KJP Centrum in Hamburg**

Praxis für Psychotherapie, Psychosomatik und  
Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters

Patientenname/ Etikett



Spitalerstraße 32, 4.OG  
20095 Hamburg  
Fon: 040 – 20 20 10 10  
Fax: 040 – 20 20 10 119  
[www.kjp-centrum.hamburg](http://www.kjp-centrum.hamburg)

### **Einverständniserklärung**

#### **Behandlung außerhalb der Praxisräume**

Im Rahmen einer Kinder-und Jugendpsychiatrischen Behandlung kann es notwendig und sinnvoll sein, einzelne Therapiestunden außerhalb der Praxisräume durchzuführen. Dies kann beispielweise bei Expositionsbehandlungen von Ängsten und Zwängen, aber auch in anderen Zusammenhängen erforderlich sein.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind durch die Ärzte und/oder Mitarbeiter der Praxis in meiner Abwesenheit ggf. auch außerhalb der Praxisräume behandelt wird.

Hamburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

#### **Aufsichtspflicht Bewegungsraum**

Neben unserem Wartezimmer befindet sich ein Bewegungsraum, der während der Wartezeiten vor oder nach Behandlungsterminen den Kindern

Zur Verfügung steht. Bitte beachten Sie, dass Ihnen als Eltern während dieser Wartezeiten – also außerhalb der Therapietermine – die Aufsichtspflicht für ihr Kind obliegt und diese nicht durch die Mitarbeiter unserer Praxis wahrgenommen werden kann.

Hamburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



## KJP Centrum in Hamburg

Praxis für Psychotherapie, Psychosomatik und  
Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters

Patientenname/ Etikett



Spitalerstraße 32, 4.OG  
20095 Hamburg  
Fon: 040 – 20 20 10 10  
Fax: 040 – 20 20 10 119  
www.kjp-centrum.hamburg



### Elternfragebogen

Liebe Eltern,  
um einen guten Überblick über Ihre aktuelle Situation und die Lage Ihres Kindes bekommen zu können,  
bitten wir Sie um Ihre Mithilfe, indem Sie uns die folgenden Fragen kurz beantworten.  
Wir bedanken uns schon vorab für Ihre Mitarbeit.

#### Ihr Kind:

**Vorname(n) :** \_\_\_\_\_ **Nachname :** \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_.

Ihr Kind lebt aktuell bei: \_\_\_\_\_.

Mein / unser Kind besucht die \_\_\_\_\_ -Schule in der \_\_\_\_\_ Klasse.

Mein / unser Kind besucht die Kita: \_\_\_\_\_.

**Mutter:** \_\_\_\_\_ **Vater:** \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**sorgeberechtigt ist /sind:** beide  Mutter  Vater  andere

#### **Geschwister-** ( und Halbgeschwisterkinder ):

1. Vorname(n): \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_ Nachname:

2. Vorname(n): \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_ Nachname:

3. Vorname(n): \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_ Nachname:

**Aufgrund welcher Problematik stellen Sie Ihr Kind bei uns vor?**

**Seit wann besteht diese Problematik ungefähr?**

**Wie könnte eine gute Lösung für dieses Problem aussehen?**

**Welche Interessen / Spiele / Hobbies hat oder betreibt Ihr Kind?**

**Macht Ihr Kind regelmäßig Sport? Welchen?**

**Was kann Ihr Kind besonders gut?**

**Was kann Ihr Kind nicht so gut?**

**Befindet sich Ihr Kind aktuell in einer weiteren medizinischen Behandlung?**

Nein       ja, wegen:

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**

Nein       ja, wegen:



**Leidet Ihr Kind an einer körperlichen Erkrankung?**

**Hat Ihr Kind Allergien?**  Nein  ja, gegen :

**Hat Ihr Kind Asthma?**  Nein  ja, bekannt seit:

**Hatte Ihr Kind jemals einen Krampfanfall / einen Fieberkrampf? Wurde einmal eine Epilepsieform diagnostiziert?**  Nein  ja, bekannt seit:

**Hat oder hatte Ihr Kind jemals eine Herzerkrankung oder einen Herzfehler?**  Nein  ja, bekannt seit:

**Gibt es in Ihrer Familie Herzerkrankungen?**  Nein  ja,

**Gib es in Ihrer Familie Herzrhythmusstörungen?**  Nein  ja,

**Ist Ihr Kind leicht erschöpft oder müde?**  Nein  ja, bekannt seit:

**Hat Ihr Kind eine Stoffwechselstörung?**  Nein  ja, bekannt seit:

**Leidet Ihr Kind an wiederholten Infekten?**  Nein  ja, seit:

**Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?**  Nein  ja,

**Gab es in der Vergangenheit Unfälle?**  Nein  ja,

**Trägt Ihr Kind eine Brille?**  Nein  ja, seit

**Wann war die letzte augenärztliche Kontrolle?**

**Kann Ihr Kind schlecht hören?**  Nein  ja, seit

**Gab es Auffälligkeiten oder eine Erkrankung, die bisher nicht aufgeführt waren?**

**Hat Ihr Kind jemals eine der folgenden Förderungen erhalten?**

**Ergotherapie**  Nein  ja, seit

**Logopädie**  Nein  ja, seit

**Psychomotorik**  Nein  ja, seit

**Integrationsmaßnahme in der Kita**  Nein  ja, seit

**Förderung in in der Schule**  Nein  ja, seit

**Wie sind Sie auf unser Beratungs- oder Behandlungsangebot aufmerksam geworden?**

**Wir bedanken uns nochmals für Ihre Mithilfe!**