Anmeldebogen Adoleszentenstation

Dieser Fragebogen sollte von der / dem Jugendlichen / Patienten selbständig ausgefüllt werden. Eine vollständige Bearbeitung der Fragen erleichtert uns die Bearbeitung. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte senden Sie uns Berichte / Befunde bisheriger psychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen mit.
Bitte am PC oder leserlich ausfüllen!

Name und Vorname der / des Patienten			Geburtsdatum
Anschrift			
Geburtsort der / des Patienten	Konfession	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
Telefonnummer privat Patient		Telefonnummer dienstlich Patient	
E-Mail Adresse Patient		Mobiltelefon Patient	
Krankenkasse (gesetzlich oder Privat)	Hauptversicherter		Geb.-Datum
Versicherungsnummer der / des Jugendlichen / Patienten		Status	KV-Gültigkeit

Name und Vorname Mutter	Geb. Datum	Familienstand	Beruf
Anschrift der Mutter			
Tel.Nr. priv. Mutter	Tel. Nr. dienstl. Mutter		
E-Mail Adresse Mutter	Mobiltelefon Mutter		
Name und Vorname Vater	Geb. Datum	Familienstand	Beruf
Anschrift des Vaters			
Tel.Nr. priv. Vater	Tel. Nr. dienstl. Vater		
E-Mail Vater	Mobiltelefon Vater		

Sorgerecht: ◯ beide Eltern ◯ Mutter ◯ Vater ◉ Volljährig ◯ Vormund

Name und Anschrift des Vormundes

Möchtest Du stationär behandelt werden? Wenn ja, warum?

Welches sind Deine wichtigsten Probleme oder Sorgen?

Seit wann bestehen sie?

Wodurch wurden sie Deiner Meinung nach ausgelöst oder wovon hängen sie ab?

Welche Schritte / Maßnahmen hast Du bereits gegen Deine Probleme unternommen (z.B. Schulwechsel, Psychotherapie, Medikamente etc.)?

Wurdest Du wegen Deiner Probleme bereits ärztlich/psychologisch untersucht oder behandelt? Wenn ja, wann und wo?

Bestehen bei Dir ernste körperliche Erkrankungen?

Erhältst Du Hilfe vom Jugendamt? Wenn ja, welche Erfahrungen hast Du damit gemacht?

Was von diesen obigen Hilfen / Maßnahmen hat Dir geholfen, welche nicht und warum?

Was soll in unserer Klinik für Dich getan werden?

Welche Schule besuchst Du bzw. welche berufliche Bildungsmaßnahme absolvierst Du derzeit?

Welche Schulen hast Du bislang besucht und ggf. welchen Abschluß hast Du erlangt?
Hast Du besondere Erfahrungen an der Schule gemacht (z.B. Mobbing, Leistungsprobleme)?

Bitte beschreibe den Ablauf eines typischen Tages in Deiner aktuellen Lebenssituation

Hat Dir jemand empfohlen, stationär behandelt zu werden? Wie wurde diese Empfehlung begründet?

Ggf. ergänzende Angaben durch die Eltern

Behandelnde (Kinder- und Jugend-)Psychiater und Psychotherapeuten / Haus- bzw. Kinderarzt

Ort, Datum

Unterschrift der / des Jugendlichen / Patienten

Für noch nicht volljährige Patienten:

Als Sorgeberichtigte/r bin ich mit der Anmeldung und Untersuchung in der kbo Heckscher-Klinikum gGmbH einverstanden.

Einwilligungserklärung gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Hiermit willige ich/willigen wir ein, dass personenbezogene Daten, insbesondere Name, Kontaktdaten, Gesundheits- und Sozialdaten zum Zweck der Terminplanung und Vertragserfüllung erhoben, verarbeitet und gespeichert werden dürfen. Zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben werden bei kbo die Daten für weitere 30 Jahre nach Abschluss der Vertragserfüllung/ Betreuung gespeichert.

Gemäß §15 DSGVO bin ich/sind wir jederzeit berechtigt, gegenüber kbo um umfangreiche Auskunftserteilung zu den gespeicherten Daten zu ersuchen. Ich kann/wir können gemäß §17 DSGVO jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir jederzeit, ohne Angabe von Gründen von meinem/unserem Widerspruchsrecht Gebrauch machen kann/können und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern/einschränken oder gänzlich widerrufen kann.

Der Widerruf ist postalisch an folgende Adresse zu richten:

Kliniken des Bezirks Oberbayern – Kommunalunternehmen
Postfach 22 12 61
80502 München

Wir benötigen die Unterschrift <u>sämtlicher</u> Sorgeberechtigter.

X

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der gesetzlichen Vertretung -1- (m/w/d), ggf. Vormund

X

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der gesetzlichen Vertretung -2- (m/w/d), ggf. Vormund

Als Sorgeberechtigte/r bin ich/sind wir damit einverstanden, dass ggf. Unterlagen (Akten, Berichte, Untersuchungsergebnisse) der in diesem Bogen angegebenen Stellen von Ärzten und Psychologen der kbo Heckscher-Klinikum gGmbH angefordert werden können. Mir/Uns ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden.

Sofern Sie wünschen, dass von einigen Stellen <u>keine</u> Berichte angefordert werden dürfen, so vermerken Sie es bitte hier:

_____

X

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der gesetzlichen Vertretung -1- (m/w/d), ggf. Vormund

X

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der gesetzlichen Vertretung -2- (m/w/d), ggf. Vormund

<u>Wichtige Hinweise:</u>

Bitte senden Sie den Anmeldebogen an uns zurück und fügen Sie alle psychiatrischen/ psychologischen Berichte der bisherigen Behandler bei.

Sie werden telefonisch bzw. schriftlich durch unseren Patientenservice über den anstehenden Termin und die weiteren erforderlichen Unterlagen informiert.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Homepages der jeweiligen Standorte.

Vielen Dank!

Für volljährige Patienten:

Einwilligungserklärung gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Hiermit willige ich ein, dass personenbezogene Daten, insbesondere Name, Kontaktdaten, Gesundheits- und Sozialdaten zum Zweck der Terminplanung und Vertragserfüllung erhoben, verarbeitet und gespeichert werden dürfen.
Zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben werden bei kbo die Daten für weitere 15 Jahre nach Abschluss der Vertragserfüllung/ Betreuung gespeichert.

Gemäß §15 DSGVO bin ich jederzeit berechtigt, gegenüber kbo um umfangreiche Auskunftserteilung zu den gespeicherten Daten zu ersuchen. Ich kann gemäß §17 DSGVO jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen kann und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern / einschränken oder gänzlich widerrufen kann.

Der Widerruf ist postalisch an folgende Adresse zu richten:

Kliniken des Bezirks Oberbayern – Kommunalunternehmen
Postfach 22 12 61
80502 München

X

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des volljährigen Patienten

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Unterlagen (Akten, Berichte, Untersuchungsergebnisse) der in diesem Bogen angegebenen Stellen von Ärzten und Psychologen der kbo Heckscher-Klinikum gGmbH angefordert werden können.
Mir ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden.

Sofern Sie wünschen, dass von einigen Stellen <u>keine</u> Berichte angefordert werden dürfen, so vermerken Sie es bitte hier:

_____

X

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des volljährigen Patienten

<u>Wichtige Hinweise:</u>

Bitte senden Sie den Anmeldebogen an uns zurück und fügen Sie alle psychiatrischen/ psychologischen Berichte der bisherigen Behandler bei.

Sie werden telefonisch bzw. schriftlich durch unseren Patientenservice über den anstehenden Termin und die weiteren erforderlichen Unterlagen informiert.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Homepages der jeweiligen Standorte.

Vielen Dank!