



Privatambulanz

Zentrum für Psychische Gesundheit

Abt. Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- u. Jugendalter

Ärztl. Direktor Prof. Dr. med. Renner

Osianderstraße 14
72076 Tübingen

Ansprechpartnerin:

Frau Steinhilber

Telefon: +49 (0)7071/ 29 62461

Fax: +49 (0)7071/ 29 25146

direktorat.kjp@med.uni-tuebingen.de

Notfallkontakt

Tel.: +49 (0)7071/ 29 62465

Liebe Patient/innen,

liebe Eltern,

Sie haben sich für einen Termin in unserer Ambulanz gemeldet. Damit wir reibungslos die Terminvereinbarung bearbeiten können, bitten wir Sie darum, die erforderlichen Unterlagen auszufüllen und uns vollständig zurückzuschicken.

Nach Absenden der Unterlagen setzen wir uns für eine Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung.

Folgende Unterlagen sind erforderlich:

- **Anmeldebogen**,
 - inklusive Einverständniserklärung/en
- **Anamnesebogen**

Mit freundlichen Grüßen

Dr. H. Spieles
Oberärztin Ambulanz

P. Schneider
Therapeutische Ambulanzleitung



Anmeldebogen der Privatambulanz

Vorgehensweise

Bitte lassen Sie uns die erforderlichen Anmeldeunterlagen zukommen. Wir setzen uns anschließend für eine Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung.

**Zentrum für Psychische
Gesundheit**

Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- und
Jugendalter
Ärztl. Direktor Prof. Dr. med. Renner
Osianderstraße 14
72076 Tübingen

Ansprechpartnerin:

Frau Steinhilber
Telefon: +49 (0)7071/ 29 62461
Fax: +49 (0)7071/ 29 25146
direktorat.kjp@med.uni-tuebingen.de

Notfallkontakt

Tel.: +49 (0)7071/ 29 62465

Postalisch:

Universitätsklinikum Tübingen
Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter
z. Hd. Frau Steinhilber
Osianderstraße 14
72076 Tübingen

E-Mail: direktorat.kjp@med.uni-tuebingen.de

Fax: 07071/ 29-25146

Von dem Sekretariat auszufüllen:

Termin bei _____

Am _____

Erster Kontakt zu unserer Klinik? ja nein

Name des Kindes: _____ **Geburtsdatum:** _____

Kind lebt bei beiden Eltern der Mutter dem Vater _____

Kontaktdaten Mutter	Kontaktdaten Vater	Kontaktdaten Wohngruppe/ Pflegefamilie/ o. ä. (falls zutreffend)
Name:	Name:	Name:
Adresse:	Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:	Telefon:
Mobil:	Mobil:	Mobil:
E-Mail:	E-Mail:	E-Mail:
Sorgerecht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sorgerecht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sorgerecht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte beachten Sie: Sollte nur ein Elternteil zum Termin dazukommen, muss das andere Elternteil zu diesem Termin schriftlich zustimmen (Formular S. 3). Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht kann der Termin sonst **nicht stattfinden**.



Angaben zur Versicherung

Versicherung: <input type="checkbox"/> privat (<input type="checkbox"/> gesetzlich)	
Name der Krankenkasse:	Hauptversicherte/r, Geb.datum:
Videosprechstunde – weitere Informationen auf S. 7	
Wir können uns vorstellen, dass Kontakte per Video stattfinden. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Voraussetzungen: -Gerät mit Kamera, Mikrofon (PC, Laptop, Tablet, Handy) -Internetzugang
Problematik / Symptomatik / Vordiagnosen	

Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente zu sich?

ja nein

Wenn ja, welche und wie dosiert?

Kontakt zu einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater?

ja nein

Wenn ja, zu wem? Besteht dieser Kontakt noch?

Kontakt zu einem anderen Kinder- und Jugendtherapeuten?

ja nein

Wenn ja, zu wem? Besteht dieser Kontakt noch?

Fand bereits ein stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Aufenthalt statt?

ja nein

Wenn ja, wann und wo?

Fand bereits eine testpsychologische Untersuchung statt?

ja nein

Wenn ja, wo?

Sollten Sie eine oder mehrere Fragen mit **Ja** beantwortet haben,
bitten wir Sie Kopien der Briefe bzw. der Therapieberichte zum Termin mitzubringen

**Ohne Vorlage der Einverständniserklärung ist bei
getrennt lebenden Elternteilen mit gemeinsamem
Sorgerecht die Durchführung des vereinbarten
Termins nicht möglich!**



**Universitätsklinikum
Tübingen**

Einverständniserklärung des abwesenden personensorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Tochter / mein Sohn

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

in der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
der Universitätsklinik Tübingen, untersucht und behandelt wird.

Ich bevollmächtige

- die Mutter / den Vater - Name: _____
- sonstige Personen (z. B. Pflegeeltern, Wohngruppe) - Name: _____

in die Behandlung einzuwilligen und alle dafür notwendigen Erklärungen abzugeben.

Darüber hinaus

- bevollmächtige ich sie/ihn **ODER** bevollmächtige ich sie/ihn **nicht**

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtentbindungen vorzunehmen, wie z. B. für den Kinderarzt,
andere behandelnde Therapeuten, Schule, Jugendamt etc.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.

Name der/des Unterzeichnenden

Ort, Datum

Unterschrift der/des Unterzeichnenden

Telefonisch bin ich wie folgt erreichbar: _____



Diese Seite ist zum Verbleib bei Ihnen bestimmt bzw. für Ihre Vorbereitung auf den Termin in unserem Haus.

Bitte kommen Sie 20 Minuten vor Ihrem Ersttermin zur Anmeldung der Ambulanz und bringen Sie folgende Unterlagen, falls vorhanden, mit:

- Einverständniserklärung des sorgeberechtigten Elternteils, der nicht am Termin teilnimmt
- Gelbes Untersuchungsheft
- Arztbriefe (in Kopie)
- Therapieberichte (in Kopie)
- Schulverhaltensbericht (formlos) des/der Klassenlehrers/in
- Zeugniskopien der letzten 2 Jahre
- Jugendamtsberichte (in Kopie)

Bitte beachten Sie, dass aufgrund von Baumaßnahmen die Parksituation und die Fußwege deutlich eingeschränkt sind.

Es müssen längere Laufwege eingeplant werden. Bitte berechnen Sie dies bei Ihrer Anfahrt mit ein und fahren entsprechend früher an.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!



Anfahrtsbeschreibung



Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

Die Busse der Linien 5, 13, 18 und 19 starten direkt gegenüber dem Tübinger Hauptbahnhof.

Buslinie 5:

Ausstieg an der Haltestelle „Kliniken Tal“, bitte überqueren Sie die Straße, anschließend folgen Sie der Ausschilderung „Psychiatrische Klinik“ (Fußweg ca. 10 Minuten)

Buslinien 13, 18 & 19:

Ausstieg Haltestelle „Calwer Straße“. Bitte folgen Sie der Beschilderung „Kliniken Tal“/ „Psychiatrische Klinik“. (Fußweg ca. 10 Minuten)

Anreise mit dem Auto:

Es empfiehlt sich entweder an der Schnarrenbergstraße an den seitlich der Fahrbahn befindlichen Parkbuchten oder im Parkhaus P3 (Innenstadt Kliniken, Röntgenweg 2) zu parken und der Beschilderung „Psychiatrische Klinik“ zu folgen.

Bitte beachten Sie, dass der Ausgang vom Parkhaus König zu unserer Klinik gesperrt ist. Sie können im Parkhaus König parken und uns zu Fuß über die Schnarrenbergstraße oder Rümelinstraße erreichen.



Informationen hierzu entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt Seite 9

Einverständniserklärung Foto-/Videoaufzeichnung/ Verschwiegenheit/ Kontaktaufnahme Studienanfragen

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten,

da uns die bestmögliche Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes am Herzen liegt, bitten wir um Ihr/Dein Einverständnis in die nachfolgenden Punkte, die uns die Arbeit erleichtern werden.

Nähere Erläuterungen entnehmen Sie/entnimmst Du bitte der Rückseite.

Name des Kindes/Jugendlichen

_____, geboren am _____

Für den Diagnostik-/ Behandlungszeitraumes zwischen meinem Kind bzw. mir und den Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie (bitte zutreffendes markieren)

- Bin ich einverstanden, dass eine Sofortbildaufnahme von meinem Kind gemacht wird.
- Verpflichte ich mich zur Verschwiegenheit von vertraulichen Informationen gegenüber Dritten.
- Bin ich einverstanden, dass Bild- und oder Tonaufnahmen aufgezeichnet werden zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.
- Bin ich einverstanden, dass die Bild- oder Tonaufnahmen zu supervisorischen Zwecken innerhalb der KJP verwendet werden.

Ich bin damit einverstanden für Studienanfragen kontaktiert zu werden

- Kontaktaufnahme für Studienanfragen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich an, dass jede dieser Erklärungen freiwillig erfolgt ist. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Erklärung zu widerrufen, formlos schriftlich oder mündlich. Die Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen kann selbstverständlich auch erfolgen, wenn ich nicht mit der Verwendung der Aufnahmen und Daten einverstanden bin.

Tübingen, den

Eltern/Erziehungsberechtigte

Eltern/Erziehungsberechtigte

Unterschrift Kind/Jugendliche/r



Informationsblatt zum Verbleib bei Ihnen

Einverständniserklärungen – Informationsblatt

Sofortbildaufnahme für die Akte

Die Sofortbildaufnahme wird bei einem der Termine in unserer Ambulanz gemacht. Die Aufnahme dient vor allem zur Wiedererkennung Ihres Kindes. Das Bild wird während der Diagnostik und Behandlung in der Akte hinterlegt. Die Bilder werden nach Abschluss der Behandlung nicht gespeichert. Wir werden diese entsprechend vernichten. In keinem Fall werden personenbezogene Daten an Dritte weitergeleitet.

Verpflichtung zur Verschwiegenheit

Im Rahmen der Behandlung Ihres Kindes/Deiner Behandlung können Sie/kannst Du Informationen über Mitpatienten erhalten, die sehr persönlich und nicht zur Weitergabe an Dritte bestimmt sind. Durch Ihre/Deine Unterschrift verpflichten Sie sich/verpflichtest Du Dich, über diese Informationen Still-schweigen zu bewahren. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit gilt für die gesamte Behandlungs-dauer und danach.

Bild- und Tonaufnahmen

Unsere Klinik verfügt über die Möglichkeit, Bild- und Tonaufnahmen (Fotos, Videos, Tonbandaufnahme, etc.) anzufertigen. Die Aufzeichnungen werden im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen verwendet und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

- Diagnostik und Therapie: Ziel der Bild- und Tonaufnahmen ist in erster Linie die Verbesserung der Qualität in der Diagnostik, Einschätzung und Behandlung. Durch eine nachträgliche, genaue Betrachtung im interdisziplinären Team lässt sich die Qualität der Behandlung verbessern.
- Supervision und interne Lehre: Als Universitätsklinikum sind wir ein Ausbildungs Krankenhaus, d. h. die Ausbildung von Ärzten*innen, Therapeuten*innen, Pflegekräften etc. ist wichtiger Bestandteil unserer Arbeit. Dabei kann in Besprechungen eine entsprechende Aufnahme zur Behandlungsqualität beitragen.

Kontaktaufnahme für Studienanfragen

Wir führen wissenschaftliche Studien durch, um mehr über die Ursachen psychiatrischer Erkrankungen zu erfahren und um unser bisheriges Wissen erweitern zu können. Dadurch ist es uns möglich unsere Behandlung stetig zu verbessern. Sie/Du könnten/könntest uns bei der Weiterentwicklung des medizinischen Fachwissens helfen, von dem Menschen mit psychischen Störungen in Zukunft profitieren können. Wir würden uns freuen, wenn wir Sie und Ihr Kind/Dich im Rahmen von Studien kontaktieren dürften. Ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin würde sich bei Ihnen/Dir dann gegebenenfalls melden, um Ihnen/Dir die Studie ausführlich vorstellen zu können. Unsere Studien werden von der zuständigen Ethik-Kommission geprüft und zustimmend bewertet. Die Teilnahme an Studien ist freiwillig. Es besteht jederzeit die Möglichkeit die Teilnahme an einer Studie abzulehnen – ohne Angaben von Gründen und ohne Einschränkung auf die medizinische Versorgung und Rechte. Zudem können Sie/kannst Du jederzeit Ihr/Dein Einverständnis, im Rahmen von Studien von uns kontaktiert zu werden, widerrufen. Ihre/Deine Daten werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.



Informationsblatt zum Verbleib bei Ihnen

Video- und Telefonsprechstunde - Informationsblatt

Vermeehrt wird auch in unserem Hause zusätzlich auf Video- und Telefonsprechstunden zurückgegriffen. Sie stellen für uns ein zusätzliches Angebot dar. Es werden weiterhin persönliche Termine vor Ort durchgeführt. Sie können bei der Anmeldung und Terminvereinbarung angeben, ob die Durchführung von Videosprechstunden möglich und für Sie durchführbar ist.

Sollte dies der Fall sein, bekommen Sie in der Regel per E-Mail einen Link zugesandt über den Sie auf unser Videosystem zugreifen können.

Zur Durchführung benötigen Sie ein internetfähiges Endgerät mit Mikrofon und Kamera. Prüfen Sie bitte auch, dass die Einstellungen Ihres Browsers dafür aktiviert sind. Bitte achten Sie auf eine ruhige und gut beleuchtete Umgebung zur störungsfreien Durchführung. Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist freiwillig und die Nutzung der Software erfolgt unentgeltlich.

Das Programm über das die Videosprechstunde durchgeführt wird ist von den Krankenkassen zertifiziert und anerkannt. Die Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung zur Videosprechstunde erfolgt nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V.

Wir informieren Sie hiermit:

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich/mein Kind und Mitarbeitende der Klinik freiwillig ist
- Die Videosprechstunde findet zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes auf beiden Seiten in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, statt
- Zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet
- Die Mitarbeiter informieren im Rahmen der Sprechstunde entsprechend der Anforderungen die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von § 3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag –Ärzte SGB V)
- Sie willigen in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch Mitarbeitende der Klinik ein. Immer entsprechend der sowieso geltenden Datenschutzbestimmungen Sie können jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen die Einwilligung bei den Mitarbeitenden der Klinik widerrufen