KJP PRAXIS HAMELN
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie

Patientenangaben bei Erstkontakt

Patientin/Patient

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

.....

Telefon ..... Mobil .....

E-Mail .....

Krankenkasse .....

Sorgeberechtigte/Versicherte

Name, Vorname .....

Anschrift .....

.....

Telefon ..... Mobil .....

E-Mail .....

Name, Vorname .....

Anschrift .....

.....

Telefon ..... Mobil .....

E-Mail .....

Haus-/Kinderarzt

Name, Vorname .....

Anschrift .....

.....

Angaben zu Jugendhilfemaßnahmen

Sollten Sie Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmen (Sozialpädagogische Familienhilfe, Tagesgruppe, stationäre Unterbringung, u.a.), machen Sie bitte Angaben zu nachstehenden Punkten. Nichtzutreffendes bitte frei lassen.

Bezugsbetreuerin/-betreuer/Familienhilfe

Name, Vorname .....

Einrichtung .....

Tages-/Wohngruppe .....

Anschrift .....

.....

Telefon ..... Mobil .....

E-Mail .....

Vertretung Bezugsbetreuerin/-betreuer/Familienhilfe

Name, Vorname .....

Telefon ..... Mobil .....

E-Mail .....

Ansprechpartnerin/-partner Jugendamt

Name, Vorname .....

Anschrift .....

.....

Telefon ..... Mobil .....

E-Mail .....

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

_____
Datum

_____
Unterschrift

KJP PRAXIS HAMELN
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie

Einverständniserklärung des / der sorgeberechtigten Elternteils / Elternteile / Vormündern o. des volljährigen Patienten / Patientin

Die Behandlung bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist im Sinne der sorgerechtlichen Vorschriften des BGB eine Angelegenheit von "erheblicher Bedeutung". Diese verpflichtet Eltern, ihre gemeinsame Sorge im Einvernehmen auszuüben.

Für die Diagnostik und Behandlung ihres Kindes in unserer Praxis bedeutet dies, dass wir ein schriftliches Einverständnis beider Sorgeberechtigter benötigen, sofern beide Elternteile das Sorgerecht für das Kind bzw. die/den Jugendliche/n haben.

Auch volljährige Patienten / Patientinnen müssen die Einverständnis zur Behandlung schriftlich erteilen.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass mein oben genanntes Kind in der Praxis von Dr. med. Sarah Faßmann und Kathrin Brunhorn untersucht und gegebenenfalls behandelt wird.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich in der Praxis von Dr. med. Sarah Faßmann und Kathrin Brunhorn untersucht und gegebenenfalls behandelt werde.

Hiermit willige ich ein, dass mich das Team der KJP Praxis Hameln mittels E-Mail zum Zwecke der Erinnerung an vereinbarte Termine kontaktieren darf an folgende

Emailadresse: _____

Sorgeberechtigte Person:

_____
Datum Name (Druckschrift) Unterschrift

Sorgeberechtigte Person:

_____
Datum Name (Druckschrift) Unterschrift

Volljähriger Patient / volljährige Patientin:

_____
Datum Name (Druckschrift) Unterschrift

Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

KJP PRAXIS HAMELN
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie

Einverständniserklärung

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Berichte/ Atteste

Schriftliche Berichte werden regulär nicht erstellt. Bei Beantragung erfolgt die Abrechnung nach Gebührenordnung. Die Befundmitteilung an mitbehandelnde Ärzt*innen kann mittels Befundanforderung (Überweisung) durch die Ärztin/ den Arzt erfolgen.

Verlässliche Terminplanung

Die Termine in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Sarah Faßmann und Kathrin Brunhorn gelten zwischen Praxis und Sorgeberechtigten der Patienten o. dem volljährigen Patienten / d. volljährigen Patientin als verbindlich vereinbart.

Aufgrund der großen Nachfrage sind die Termine leider oft mit langen Wartezeiten verbunden. Sollten Sie an einem Termin verhindert sein, bitten wir Sie mindestens 48 Stunden vor dem Termin abzusagen. Somit können wir den Termin an jemand anderen vergeben. Leider kommt es vor, dass Patienten zum vereinbarten Zeitpunkt ohne Absage nicht erscheinen. In diesen Fällen erheben wir eine Ausfallgebühr in Höhe von 50,00 €.

Wir sind darüber informiert worden / Ich bin darüber informiert worden, dass bei nicht rechtzeitiger Terminabsage eine **Ausfallgebühr in Höhe von 50,00 €** erhoben wird.

Bei Fehlen der Versichertenkarte nehme ich zur Kenntnis, dass die mir erbrachten Leistungen privat in Rechnung gestellt werden, wenn die Versichertenkarte bis zum Quartalsende nicht vorliegt.

Datum Unterschrift

KJP PRAXIS HAMELN
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind:

KJP Praxis Hameln, Dr. Sarah Faßmann, K. Brunhorn, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie
Hermannstr. 1, 31785 Hameln
Tel: 05151 / 1073222, Fax: 05151 / 1073223, Mail: info@kjp-praxis-hameln.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt bzw. Therapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.
Hierzu verarbeiten wir die personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge 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 Arzt- oder Entlassungsbriefen).
Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger der Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie der Übermittlung durch Ihre Unterschrift auf einer Schweigepflichtsentbindung eingewilligt haben.
Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.
Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

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 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 unrichtiger 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.
Sie können sich jederzeit mit einer Beschwerde an die für Sie zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Ihre zuständige Aufsichtsbehörde richtet sich nach dem Bundesland Ihres Wohnsitzes, Ihrer Arbeit oder der mutmaßlichen Verletzung. Eine Liste der Aufsichtsbehörden (für den nichtöffentlichen Bereich) mit Anschrift finden Sie unter:
https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Die Patienteninformationen habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum Unterschrift