

**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

.....

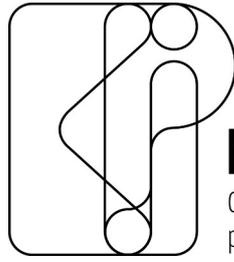
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift



## KJP PRAXIS HAMELN

Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie und -psychotherapie

### Behandlungsvertrag

Patient: \_\_\_\_\_

Zahlungspflichtige(r) / Rechnungsempfänger(in):

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

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat Mobil dienstlich

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherung / Kostenträger

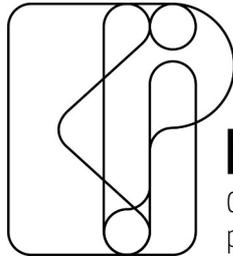
- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Normale private Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Basistarif | <input type="checkbox"/> Standardtarif |
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt                  | <input type="checkbox"/> Post B     | <input type="checkbox"/> KBV           |

Hiermit wird ein Behandlungsvertrag geschlossen. Der Patient bzw. die/der Sorgeberechtigte teilt ausdrücklich mit, privat versichert zu sein.

Für das Honorar gilt die Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Als Vergütung stehen dem Arzt nach GOÄ Gebühren, Entschädigungen (Wegegeld, Reiseentschädigung) und Ersatz von Auslagen zu. Die/Der Patient/in bzw. die/der Sorgeberechtigte ist Honorarschuldner des Arztes. Durch seinen Versicherungsvertrag hat er aber gegen seine Versicherung einen tarifmäßigen Erstattungsanspruch. Der Patient bzw. die/der Sorgeberechtigte verpflichtet sich als Selbstzahler, das fällige Honorar unabhängig davon zu begleichen, ob eine (Teil-) Erstattung der entstandenen Kosten durch Erstattungsstellen (z. B. Krankenversicherung, Beihilfe, etc.) erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Ort, 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 sorgerechtlchen 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

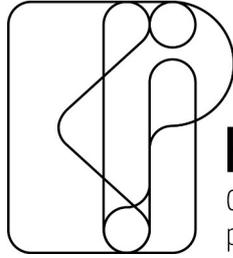
### **Sorgeberechtigte Person:**

\_\_\_\_\_  
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

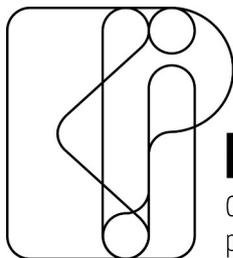
Die Termine in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Sarah Faßmann und Kathrin Brunhorn gelten zwischen Praxis und Sorgeberechtigten der Patienten o. dem volljährigen Patienten / d. volljährigen Patientin als verbindlich vereinbart.

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 immer wieder 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.

\_\_\_\_\_  
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](mailto: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, Therapievorschlüsse 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 Schweigepflichtsentscheidung 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](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 Paragraph 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