

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

.....

--> Unterschrift auf Seite 2

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

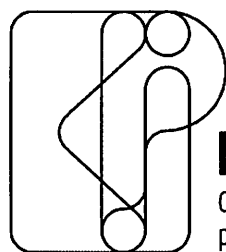
Mobil

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 Einverständniserklärung 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
-------	---------------------	--------------

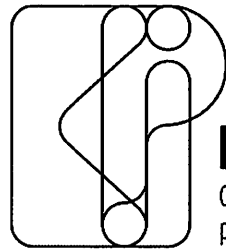
Sorgeberechtigte Person:

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

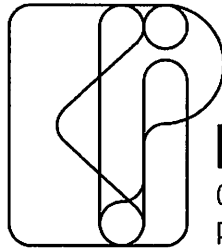
Die Termine in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Sarah Faßmann und Kathrin Brunhorn gelten zwischen Praxis und Sorgeberechtigten der Patienten o. dem volljährigen Patienten / d. volljährigen Patientin als verbindlich vereinbart.

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

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

6. Rechtliche Grundlagen

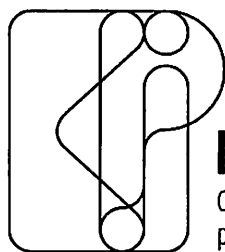
Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Die Patienteninformationen habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift



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

☐ Normale private Krankenversicherung

☐ Basistarif

☐ Standardtarif

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Post B

☐ 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

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen somit der beruflichen Verschwiegenheit sowie den Bestimmungen des Datenschutzes, so wie sie bei Ärztinnen und Ärzten vorgeschrieben sind.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum _____

Unterschrift Patient/in _____

Anmeldung für Patienten

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Beruf* _____ tel. erreichbar* _____

Straße/Hausnummer _____ E-Mail Adresse* _____

PLZ _____ Wohnort _____

Arbeitgeber* _____

Krankenversicherung/Kostenträger* _____ Tarif* _____

Hausarzt/überweisender Arzt* _____

*** Diese Angaben sind freiwillig. Es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie diese Angaben nicht machen. Allerdings ist es ggf. hilfreich, wenn Sie telefonisch erreichbar sind.**