

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

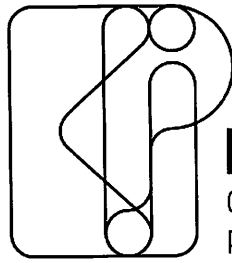
Mobil

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 sorgerechtiglichen 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. Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

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:

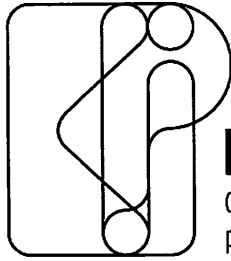
Datum	Name (Druckschrift)	Unterschrift
-------	---------------------	--------------

Sorgeberechtigte Person:

Datum	Name (Druckschrift)	Unterschrift
-------	---------------------	--------------

Volljähriger Patient / volljährige Patientin:

Datum	Name (Druckschrift)	Unterschrift
-------	---------------------	--------------



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.

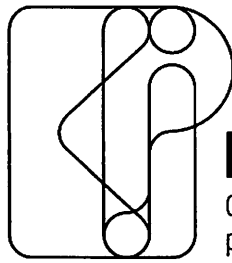
Aufgrund der großen Nachfrage sind die Termine leider oft mit langen Wartezeiten verbunden. Sollten Sie an einem Termin verhindert sein, bitten wir Sie mindestens 2 Werktage vor dem Termin abzusagen. Somit können wir den Termin an jemand anderen vergeben. Leider kommt es vor, dass Patienten zum vereinbarten Zeitpunkt ohne Absage nicht erscheinen. In diesen Fällen erheben wir eine Ausfallgebühr in Höhe von 100,00 €.

Wir sind darüber informiert worden / Ich bin darüber informiert worden, dass bei nicht rechtzeitiger Terminabsage eine **Ausfallgebühr in Höhe von 100,00 €** 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-hamelnde

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, Therapieempfehlungen 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 Schweigepflichtsenkung 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 berechnete 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

Die elektronische Patientenakte

Bitte beachten Sie folgende Informationen zu unserem Fachbereich

Sie müssen aktiv entscheiden, ob wir ab 2025 hochsensible Daten über Ihre Kinder in die „elektronische Patientenakte (ePA)“ speichern müssen!

Das Problem

Ihr Kind ist in unserer Praxis in Behandlung, weil eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychische Störung besteht oder eine solche zumindest vermutet wird. Bei der Behandlung in unserer Praxis entstehen hochsensible persönliche Gesundheitsdaten, bei denen - sofern sie öffentlich bekannt werden - ein Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung besteht.

Die Gesetzeslage

Ohne einen aktiven Widerspruch erhält jede/r gesetzlich Versicherte ab Januar 2025 eine elektronische Patientenakte (ePA). In der Folge wird diese automatisch mit medizinischen / therapeutischen Daten gefüllt. Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind dann gesetzlich verpflichtet, die ePA un aufgefördert mit Befundberichten aus diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und im Ver lauf vielen weiteren Daten zu befüllen. Zudem wird u.a. jedes eRezept für Ihr Kind automatisch in der ePA gespeichert, auch werden von den Krankenkassen automatisch Diagnosen, Abrechnungsdaten und Medikationslisten in die ePA eingestellt.

Die Risiken

Um über Risiken zu informieren sind wir vom Gesetzgeber verpflichtet Sie darauf hinzuweisen, dass es sich bei Daten aus unserer Behandlung um sogenannte hochsensible Daten handelt, bei denen ein Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden besteht. Denn jede Arztpraxis, jede Therapiepraxis, jedes Krankenhaus, in dem Ihr Kind jetzt oder auch nach Volljährigkeit behandelt wird, kann Daten einsehen, die in der ePA enthalten sind. Ebenso kann dies auch jede Apotheke, in der Sie z.B. elektronische Rezepte einlösen.

Das sagt unser Berufsverband:

Für Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben die ärztliche Schweigepflicht und der vertrauliche Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten oberste Priorität! Wir als Berufsverband haben erhebliche Bedenken in Bezug auf die Sicherheit der hochsensiblen Daten in der ePA. Aus den dargelegten Gründen empfehlen wir Ihnen, die Entscheidung extrem gründlich zu überdenken, die hochsensiblen Daten aus der Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis in die ePA einfließen zu lassen. Es handelt sich um Informationen der höchsten Vertraulichkeit und damit um Informationen, die leider immer noch zu Stigmatisierung und Diskriminierung führen können.

Sofern auch Sie Bedenken in Bezug auf die ePA haben, können Sie von Ihrem generellen Widerspruchsrecht gegen die Einrichtung einer elektronischen Patientenakte für Ihr Kind Gebrauch bei Ihrer Krankenkasse machen. Zumindest aber können Sie Daten aus der Behandlung in unserer Praxis nicht in der elektronischen Patientenakte speichern lassen.

Erklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA) für die/den Patientin/Patienten

Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

bei Alter unter 15 Jahren vertreten durch ☐ Sorgeberechtigte/r ☐ gesetzliche/r Vertreter/in

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ich wurde ausführlich über die hohe Sensibilität der Daten aus der Behandlung in dieser Praxis informiert und darüber, dass das Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden dieser Daten besteht. Das Gesetz räumt explizit die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Einrichtung einer ePA ein.

- ☐ Ich werde gegenüber der zuständigen Krankenkasse Widerspruch gegen die Einrichtung einer ePA einlegen.

Hinweis: Dies müssen Sie bitte direkt gegenüber Ihrer Krankenkasse anzeigen.

Alternative 1:

Alternativ dazu gibt das Gesetz die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Übermittlung und Speicherung von Daten, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann. (Achtung: Dennoch wird Ihre Krankenkasse automatisch u.a. von uns erstellte Diagnosen in die ePA einstellen.)

- ☐ In der hiesigen Facharztpraxis wurde ich auf diese Möglichkeit hingewiesen. Ich möchte von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Ich wünsche keinerlei Daten über die fachärztliche / therapeutische Behandlung in meine / die ePA meines Kindes zu übertragen. Hinweis: Dieser Widerspruch kann jederzeit widerrufen werden.

Alternative 2:

- ☐ Ich bin auf die Möglichkeit des Widerspruchs hingewiesen worden, stimme aber trotz der Gefahr und des Risikos von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden dieser Daten ausdrücklich der automatisierten Speicherung von dafür vorgesehenen Daten aus der fachärztlichen / therapeutischen Behandlung in meine / die ePA meines Kindes zu. Gleichzeitig entbinde ich die Praxis und Ihre Mitarbeiter von jeglicher Haftung durch Folgen der Nutzung der elektronischen Patientenakte.

Ort, Datum Unterschrift