

**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

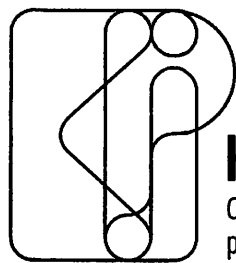
Mobil

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 \_\_\_\_\_

☐ Normale private Krankenversicherung

☐ Basistarif

☐ Standardtarif

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Post B

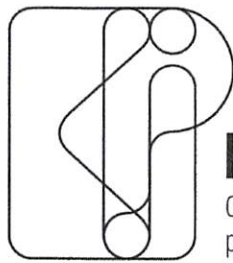
☐ KBV

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 \_\_\_\_\_



**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 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. Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Emails werden in unserer Praxis ausschließlich zur Terminorganisation und Rezeptbestellung genutzt. Auf inhaltliche Anliegen wird nicht geantwortet. Hiermit bestätige ich, den Hinweis gelesen zu haben und willige 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:**

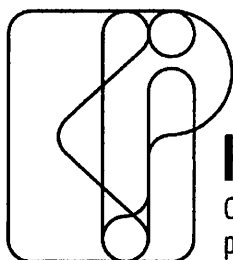
|       |                     |              |
|-------|---------------------|--------------|
| Datum | Name (Druckschrift) | Unterschrift |
|-------|---------------------|--------------|

**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

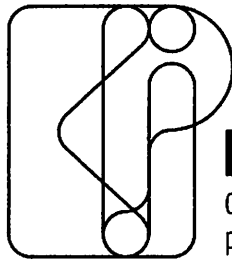
Die Termine in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Sarah Faßmann und Kathrin Brunhorn gelten zwischen Praxis und Sorgeberechtigten der Patienten o. dem volljährigen Patienten / d. volljährigen Patientin als verbindlich vereinbart.

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 immer wieder 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.

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](mailto: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 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 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](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

## 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](http://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.



Management  
System  
ISO 9001:2015  
www.tuv-rheinland.de  
ID 5105071444