

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten in die Behandlung

Liebe Eltern,

damit Ihr Kind als Patient/in behandelt werden kann, wird die Zustimmung **aller** Sorgeberechtigten benötigt. Dafür möchte ich Sie bitten, diese Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Das Sorgerecht liegt bei:

☐ Beide Eltern ☐ Mutter alleine ☐ Vater alleine

☐ Sonstige Person/Einrichtung: _____

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:

☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ nie verheiratet gewesen
☐ zusammenlebend ☐ getrenntlebend ☐ Sonstiges _____

Hiermit erkläre ich mich/wir uns,

Frau _____, geb. am _____

und

Herr _____, geb. am _____

einverstanden, dass mein/unser gemeinsames Kind

Name: _____, geb. am _____

eine Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Dr. Ingrid Baum erhält. Die Informationen für Patientinnen und Patienten (PTV 10) habe ich sorgfältig gelesen.

Ort, Datum

Unterschrift sorgeberechtigte Mutter

Unterschrift Sorgeberechtigter Vater

(Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung und die beiliegenden Fragebögen ausgefüllt zur ersten Sitzung mit)

Behandlungsinformationen

Name Patient/in: _____

Geb.-Datum: _____

Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ d

Name und Kontakt Mutter:

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer (Handy & Festnetz): _____

E-Mail: _____

Name und Kontakt Vater:

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer (Handy & Festnetz): _____

E-Mail: _____

1. Abrechnung:

- ☐ Ich bin bei der folgenden Ersatzkasse/ gesetzlichen Krankenversicherung versichert:

Name und Ort der Versicherung/ Krankenkasse

- ☐ Ich bin bei der folgenden privaten Krankenversicherung versichert:

Name und Ort der privaten Krankenversicherung

- ☐ Ich reiche meine Rechnungen bei der folgenden Beihilfestelle ein:

Name und Ort der Beihilfestelle / Behörde

- ☐ Anderes (Bundeswehr, Zivildienst): _____

- ☐ Ich trage die Kosten der Psychotherapie selbst.

Bitte teilen Sie uns spätere Änderungen Ihrer Versicherung umgehend mit!

Beachten Sie bitte, dass Ihnen die Kosten der Psychotherapie, die der Krankenkasse nicht in Rechnung gestellt werden können, z.B. bei fehlenden Informationen bei einem Krankenkassen-Wechsel oder bei nicht bestehendem Versicherungsschutz in Rechnung gestellt werden können.



Kontaktaufnahme

Bitte geben Sie aus datenschutzrechtlichen Gründen an, welcher Form der Kontaktaufnahme Sie zustimmen:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Festnetznummer | ☐ Ja | ☐ Nein |
| • Handynummer | ☐ Ja | ☐ Nein |
| • Nachricht auf AB oder Mailbox hinterlassen: | ☐ Ja | ☐ Nein |
| • E-mail | ☐ Ja | ☐ Nein |

3. Bericht an den Hausarzt

- Bei gesetzlich versicherten Patienten/innen muss gegenüber dem Hausarzt zu Beginn, am Ende und mindestens einmal jährlich schriftlich über die Psychotherapie Bericht erstattet werden. Dies entfällt, wenn Sie keinen Hausarzt haben oder dies ausdrücklich nicht wünschen (Einverständniserklärung/ Verweigerung der regelmäßigen Berichtspflicht 2.1.4 Abs.1 der Allgemeine Bestimmungen (EBM) i.V.m. § 73 Abs 1 b SGB V).
 - ☐ Ich habe keinen Hausarzt
 - ☐ JA, ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt einen schriftlichen Bericht erhält
 - ☐ NEIN, ich bin nicht damit einverstanden, dass meinem Hausarzt über die Psychotherapie berichtet wird.
 - ☐ Mein Facharzt hat mich überwiesen. Ich bin nicht damit einverstanden, dass der überweisende Facharzt einen Bericht erhält, der dann in Kopie an meinen Hausarzt geht.

Name (Arzt, Ärztin)

Ich habe die Information gelesen und zur Kenntnis genommen und erkläre hierzu mein Einverständnis. Die Einverständniserklärung gilt ab Erstellungsdatum und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort

Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname Patient/in

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ/Ort

Ich bin damit einverstanden, dass die Therapeutin, *Dr. Ingrid Baum, Kirchstr. 2, 55624 Rhaunen (Tel.: 06544/9917600, Fax: 06544/9917601)* die erforderlichen Daten und Auskünfte, Berichte und Befunde anfordert/weiterleitet soweit diese für die therapeutische Behandlung erforderlich sind. Die Entbindungserklärung gilt umgekehrt auch für die Adressaten dieser Erklärung. Die Daten werden jeweils nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt worden sind. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

☐ ja ☐ nein vorbehandelnder Arzt/Therapeut, Klinik

☐ ja ☐ nein Jugendamt

☐ ja ☐ nein Einrichtung der Jugendhilfe

☐ ja ☐ nein Schule/Ausbildungsstelle

☐ ja ☐ nein Sonstige

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in
(bei Minderjährigen Unterschrift des/der
Sorgeberechtigten)

Ausfallhonorar

Vereinbarung über die Vergütung bei Versäumung von Terminen (Ausfallhonorar)

Frau / Herr, wohn....., geb. am

und der Psychotherapeutin Frau Dr. Ingrid Baum schließen folgende Vereinbarung:

Die Psychotherapeutin betreibt eine Bestellpraxis, in der mit längeren Terminvorläufen gearbeitet wird. Psychotherapie wird über einen längeren Zeitraum mit festgelegter Behandlungsdauer durchgeführt. Kurzfristig abgesagte Termine können in der Regel nicht neu vergeben werden. Daher sind verbindliche Terminvereinbarungen notwendig.

Die Psychotherapeutin und die/der oben genannte Patient/in vereinbaren für die therapeutischen Sitzungen einvernehmlich und verbindlich Termine. Die/ der Patient/in verpflichtet sich, die Termine pünktlich wahrzunehmen; die Therapeutin verpflichtet sich, die vereinbarten Termine für die Behandlung freizuhalten. Für den Fall, dass reservierte Termine nicht wahrgenommen werden, ist die/der Patient/in nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch, (§615 BGB, sog. Annahmeverzug) verpflichtet, der Therapeutin die hierdurch entfallende Vergütung zu ersetzen, da die Kosten in diesem Fall nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Daher treffen die Vertragsparteien folgende Regelung:

Versäumt die/der Patient/in eine vereinbarte Sitzung, ohne spätestens 24 Stunden zuvor abzusagen, so wird die Therapiestunde der Patientin bzw. dem Patienten/in Höhe von **30 Euro** in Rechnung gestellt, es sei denn ihr/sein Nichterscheinen ist unverschuldet. Die Psychotherapeutin und die/der Patient/in haben diese Regelung nach ausführlicher Besprechung getroffen und erklären hiermit ihr Einverständnis. Jedem Vertragspartner wurde ein Exemplar ausgehändigt.

Rhaunen, den

.....

Patient/in oder gesetzl. Vertreter/in

.....

Therapeutin

.....

Erhalten Pat./in oder gesetzl. Vertreter

Datenschutz in unserer Praxis

Stand: Mai 2018

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in unserer Psychotherapeutischen Praxis hat die Schweigepflicht und der Datenschutz eine extrem hohe Wichtigkeit. Für Ihre Behandlung benötigen wir einige persönliche Daten. Mit diesen sog. personenbezogenen Daten gehen wir besonders verantwortungsvoll um.

Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung¹ sind wir verpflichtet, Sie über den Zweck der Datenerhebung, die Speicherung und die Weiterleitung Ihrer Daten zu informieren.

1. Zweck der Datenerhebung und -verarbeitung

Zu Beginn und im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung erheben wir verschiedene Daten über Ihre Person und Ihre Gesundheit. Dies ist notwendig, um eine dem Standard entsprechende psychotherapeutische Behandlung durchzuführen und um den mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrag ordnungsgemäß zu erfüllen. Die Erhebung personenbezogener Daten dient nur dem Zweck der Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes und geschieht in keinem Fall grundlos. Dabei werden selbstverständlich nur diejenigen Daten erhoben, die für die psychotherapeutische Behandlung notwendig sind (Stichwort Datenminimierung). Datenschutzrechtliche Vorgaben sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus dem Therapievertrag ergeben, werden beachtet.

Zu den zu erhebenden Daten zählen Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Therapievorschlüsse und Protokolle, die wir selbst erarbeiten oder uns andere Psychotherapeuten/Ärzte zur Verfügung stellen (Konsiliarbericht, Arztbriefe etc.).

2. Empfänger der Daten

Psychotherapeuten unterliegen der Schweigepflicht. Wir übermitteln Ihre Gesundheitsdaten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und/oder Sie ausdrücklich in die Weitergabe eingewilligt haben (Schweigepflichtsentbindung).

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sein. Die Weitergabe der Daten erfolgt mit gesetzlicher Erlaubnis überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Sollte eine Weitergabe Ihrer Daten an Ärzte oder Psychotherapeuten oder privatärztliche Verrechnungsstellen notwendig sein, ist für die Weitergabe Ihre Schweigepflichtsentbindung nötig.

3. Speicherung der Daten

Alle personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen werden, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, mindestens 10 Jahre nach Ihrem letzten Behandlungstermin in der Praxis aufbewahrt. Ihre Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Systeme geschützt.

4. Ihre Rechte

Grundsätzlich können Sie Schweigepflichtsentbindungen jederzeit widerrufen. Sie haben das Recht, über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten jederzeit Auskunft zu erhalten. Bemerken Sie Unstimmigkeiten, können Sie umgehend die Berichtigung oder Löschung fehlerhafter Daten verlangen.

Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der Datenschutzverordnung und Ihr Ansprechpartner bei Beschwerden ist die Datenschutzbehörde Ihres Bundeslandes. Eine Auflistung der Landesdatenschutzbeauftragten finden Sie unter goo.gl/emrpSA.

Ihre Psychotherapeutische Praxis

Dr. Ingrid Baum

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter

¹ Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG