



Dr. Rosa Landwehr

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Eltern/Sorgeberechtigte,

Sie haben sich zu einer Vorstellung und Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis entschieden.

Name, Vorname, Adresse des Kindes, Geburtsdatum

Name, Vorname, Adresse aller Sorgeberechtigten

Name, Vorname, Adresse aller Sorgeberechtigten

Wir benötigen für die Behandlung die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, d.h. in der Regel beider Eltern oder dem Vormund. Leben die Eltern nicht nur vorübergehend getrennt, so ist nach dem Gesetz (§ 1687 I BGB) ihr Einvernehmen erforderlich.

Ist die Einwilligung aller Sorgeberechtigten noch nicht geschehen, müssen Sie sich mit den anderen Sorgeberechtigten schnell in Verbindung setzen, sie über die heutige Anmeldung in unserer Praxis informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, sollten Sie die Praxis unverzüglich informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Die Praxis Dr. Rosa Landwehr und die Gemeinschaftspraxis Dres. Lammel/Stolle arbeiten in unseren gemeinsamen Praxisräumen eng und vertrauensvoll – in strenger Beachtung des Schutzes Ihrer Daten entsprechend der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) - zusammen. Die ÄrztInnen vertreten sich gegenseitig, wenn eine/r von ihnen verhindert ist. Für die Behandlung in Vertretung durch einen der ÄrztInnen ist es unerlässlich, dass er/sie z.B. in Ihre Krankenakte Einblick nehmen können. Das ist aus Gründen des Schutzes Ihrer Daten nur möglich, wenn Sie Ihre Einwilligung zu der ‚*Verarbeitung der betreffenden personenbezogenen Daten*‘ (so § 6 (1)a DSGVO), hier insbesondere Ihre Einwilligung zum Einblick in die Krankenakte geben. Die Einwilligung können Sie in der anliegenden Patienteneinwilligung erteilen.

Sie bestätigen hiermit zudem, dass aktuell keine parallele Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz, dem Werner-Otto-Institut, dem Flehmig-Institut oder einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder kinderneurologischen (z.B. Praxis Stollhoff/Maxton/Ancker) Praxis erfolgt. Sollte dort eine parallele Behandlung begonnen werden, teilen Sie dies sofort mit.

Bitte beachten Sie die nachfolgende Patienteneinwilligung gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung, die Inhalt dieses Vertrages ist und von Ihnen besonders zu erteilen ist.

Bitte beachten sie weiterhin die Patienteneinwilligung zur Weiterleitung Ihrer Daten an die für meine Praxis tätige Privatärztliche Verrechnungsstelle Hamburg/Schleswig-Holstein (PVS Schleswig-Holstein) zur Erstellung von Privatrechnungen, die Ihnen nur vorgelegt wird, wenn Sie nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind.

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte



Patienteneinwilligung gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung

Mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten verarbeiten dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (vor allem zur erfolgreichen Durchführung der Behandlung oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung).

Im Verlauf der Behandlung werden von den Ärzten und ihren Mitarbeitern eine Vielzahl von weiteren personenbezogenen Daten aufgenommen, verarbeitet und gespeichert. Um Ihre Daten an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, an die Krankenversicherung, an die Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS)) übermitteln zu dürfen, bedarf es der ausdrücklichen Einwilligung der Sorgeberechtigten (und der Patienten, soweit das 16. Lebensjahr überschritten). Ferner bedarf die Kommunikation per Telefon und E-Mail und der Datenaustausch per Fax und SMS einer ausdrücklichen Zustimmung der Betroffenen bzw. deren gesetzlichen Vertretern.

Die Einwilligung in die Aufnahme, Verarbeitung pp. ist grundsätzlich freiwillig. Aber eine Behandlung durch uns wird ohne Ihre Einwilligung in die Aufnahme der oben genannten Daten häufig nicht möglich sein; wir können dann nicht im Interesse d. Patienten tätig werden.

Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden mit Ihren Kreuzen erteilen:

Hiermit gebe ich meine Einwilligung,

- dass unsere behandelnde Ärztin/Psychotherapeutin die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei unserem Kinderarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen wir in Behandlung sind, einholt und unsere behandelnde Ärztin ihre Behandlungsdaten und Befunde unserem Kinderarzt und anderen Leistungserbringern, bei denen wir in Behandlung sind, weiterleitet;



- den Kollegen Dres. Lammel/Stolle im Falle der Verhinderung der zuständigen Ärztin zum Zweck der Behandlung Einblick in die Krankenakte zu geben (und in die sonstige Verarbeitung der betreffenden personenbezogenen Daten);
- dass Rezepte und/oder Verordnungen direkt an Ergo-, Logopädische oder PhysiotherapeutInnen weitergeleitet werden;
- dass Unterlagen per E-Mail/Fax geschickt werden;
- dass meine Behandlungsdaten und sonstige Daten, insbes. Daten für einen Erinnerungsservice („Recall“), per Telefon Post E-Mail an mich verschickt werden;
- dass meine Daten zur Erstellung von Privatrechnungen an die Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) weitergeleitet werden (siehe die oben genannte besondere Einwilligung).

Wir sind gesetzlich (§ 7 Abs.3 DSGVO) verpflichtet, darauf hinzuweisen, dass die Einwilligungen jederzeit durch einfache Mitteilung an uns ganz oder teilweise widerrufen werden können.

Datum

Unterschrift d. Sorgeberechtigten / Patient

