ANKERHAFEN

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Sandra Vockrodt | Dr. med. Katrin Schmittinger (ang.)
Moislinger Allee 20a | 23558 Lübeck
Tel. +49 451 40083090 | Fax +49 451 40083091
kontakt@kjp-ankerhafen.de | www.kjp-ankerhafen.de

BEHANDLUNGSVERTRAG

Sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

sie haben sich zu einer Vorstellung oder Behandlung Ihres Kindes in unserer KJP-Praxis Ankerhafen entschieden. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihr Kind und Sie die Termine zur Diagnostik bzw. zur Therapie bei den Ärztinnen und den MitarbeiterInnen in der Praxis wahrnehmen werden. Alle MitarbeiterInnen der Praxis unterliegen nachweislich der ärztlichen Schweigepflicht.

Für die Behandlung in unserer Praxis benötigen wir das schriftliche Einverständnis aller Sorgeberechtigten, d.h. in der Regel beider Eltern. Dies betrifft nicht nur getrennt lebende Eltern, sondern auch Eltern, die (verheiratet) zusammenleben.

_____ _____

Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen Geburtsdatum

_____ _____

Name, Vorname der Kindsmutter Geburtsdatum

_____ _____

Name, Vorname des Kindsvaters Geburtsdatum

Das Sorgerecht wird ausgeübt von:

☐ Beiden Eltern ☐ Kindsmutter alleine ☐ Kindsvater alleine

☐ Andere:_____

Ich wurde darüber informiert, dass eine Behandlung in der KJP-Praxis Ankerhafen die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Termine finden nach vorheriger Vereinbarung statt. Ich bin darüber informiert worden, dass im Falle einer Verhinderung Termine möglichst frühzeitig, mindestens 48 Stunden vor Beginn abzusagen sind. Sollte ein fest vereinbarter Termin nicht wahrgenommen werden ohne ihn mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, wird dies nach Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet und Ihnen entsprechend § 615 BGB mit aktuell 50 Euro privat in Rechnung gestellt.

Bei der Praxis Ankerhafen handelt es sich um eine sozialpsychiatrisch arbeitende Praxis. Ich bin darüber informiert, dass mindestens ein kurzer Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal stattfinden muss, weitere Termine auch bei therapeutisch arbeitenden MitarbeiterInnen stattfinden können. Ggf finden diese Termine an unterschiedlichen Tagen statt. Bei einer Erstvorstellung findet ein ärztliches Aufnahmegespräch statt. Dabei wird auch das weitere diagnostische oder therapeutische Vorgehen besprochen.

Ich bestätige hiermit zudem, dass aktuell keine parallele Behandlung in einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis, einer Institutsambulanz oder einer sozialpädiatrisch arbeitenden Praxis erfolgt. Sollte eine parallele Behandlung eintreten, werden wir dies der KJP-Praxis Ankerhafen unmittelbar mitteilen.

Datum: _____

_____ _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r Unterschrift Sorgeberechtigte/r

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich/wir _____
die MitarbeiterInnen der KJP-Praxis Ankerhafen bzgl. meines Kindes
_____ geb. am _____
von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen und Institutionen:

Schule/Kita: _____ Tel: _____
KEH: _____ Tel: _____
Ärzte: _____ Tel: _____
_____ Tel: _____
Therapeuten: _____ Tel: _____
_____ Tel: _____
Kliniken: _____ Tel: _____
_____ Tel: _____
Jugendamt/: _____ Tel: _____
SPFH/HZE: _____ Tel: _____
Sonstige: _____ Tel: _____

Ich bin/ wir sind mit einem gegenseitigen mündlichen und schriftlichen Austausch über mein/unser Kind einverstanden. Behandlungsrelevante Unterlagen dürfen gegenseitig übermittelt werden.
Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum:_____

_____ _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r Unterschrift Sorgeberechtigte/r

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Liebe PatientInnen, sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

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 inpuncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Ankerhafen - Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie
Moislinger Allee 20a, 23558 Lübeck
Tel.: 0451 - 40083090
Email: kontakt@kjp-ankerhafen.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.
Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge 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 Arztbriefen).
Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung.
Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie 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 bei Ihnen 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 mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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 haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.
Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein,
Holstenstraße 98, 24103 Kiel, mail@datenschutzzentrum.de

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung personenbezogener Daten sind ohne Einwilligung der Betroffenen oder deren gesetzlichen VertreterInnen nicht zulässig. Grundsätzlich besteht das Recht auf Löschung, Auskunft und Widerspruch im Rahmen der für den Gesundheitsbereich geltenden besonderen gesetzlichen Bestimmungen.

Insbesondere bedarf die Kommunikation per Telefon und E-Mail und der Datenaustausch per Fax und SMS einer ausdrücklichen Zustimmung der Betroffenen oder deren gesetzlichen VertreterInnen, da sie potentiell abgefangen und mitgelesen werden kann. Ihre Einwilligung ist freiwillig, die Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Ich/wir willige/n mit meiner/unserer Unterschrift ein, dass die KJP-Praxis Ankerhafen personenbezogene Daten erhebt, speichert und verarbeitet.

Unsere Praxis arbeitet interdisziplinär und im Team, Intervision und Supervision der Diagnostik- und Behandlungsverläufe sind zur Qualitätssicherung und auch nach den Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen notwendig. Innerhalb der Praxis werden Daten ausgetauscht, alle Mitarbeiter:innen unterliegen der Schweigepflicht.

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass mir die KJP-Praxis Ankerhafen per

☐ E-Mail: _____

_____

☐ Telefon: _____

_____

☐ SMS: _____

☐ Fax: _____

☐ Arzt-Direkt-App (datensicherer Austausch, Verknüpfung mit der Praxis in unserer Anmeldung möglich)

Informationen inklusive personenbezogener Daten, Terminbestätigungen sowie -erinnerungen und ggf. Rechnungen übersendet.

Datum: _____

_____ _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r Unterschrift Sorgeberechtigte/r