



## **Anmeldung für einen Termin in unserer Facharztpraxis**

**Liebe Eltern,**

**liebe Sorgeberechtigte,**

**anbei erhalten Sie unseren Anmeldebogen. Bitte füllen Sie ihn deutlich leserlich in Druckschrift vollständig aus. Sollten die Daten für uns nicht lesbar sein, können wir Sie leider nicht kontaktieren.**

**Wir bitten Sie, die Fragen so genau wie möglich und in Ruhe zu beantworten.**

**Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die zum 25.05.2018 auch in Deutschland in Kraft getreten ist, sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten verarbeitet. Dazu haben wir Patienteninformationen zum Datenschutz erstellt, die Sie genau wie diesen Anmeldebogen auf unserer Website finden oder in der Praxis erhalten.**

**Den ausgefüllten Anmeldebogen sowie die Patienteninformationen zum Datenschutz schicken Sie bitte unterschrieben per Post, per Mail oder per Fax wieder an uns. Nachdem der vollständig ausgefüllte Anmeldebogen bei uns vorliegt werden wir Sie zeitnah telefonisch kontaktieren. Am Telefon vereinbaren wir einen Termin für ein Erstgespräch bei uns in der Praxis. Geben Sie daher bitte unbedingt Telefonnummern an, unter denen wir Sie erreichen können.**

**Das Erstgespräch findet in der Regel vormittags statt. Es ist immer nur zusammen mit Ihrem Kind oder Jugendlichen möglich. Termine ohne Kind können nicht stattfinden. Selbstverständlich bekommen Sie zur Vorlage sowohl für den Arbeitgeber als auch für die Schule eine Bestätigung, dass dieser Termin stattgefunden hat.**

**Bitte beachten Sie, dass der Anmeldebogen als auch die Patienteninformationen zum Datenschutz von allen Sorgeberechtigten unterschrieben werden müssen.**

**Bitte bringen Sie spätestens zum ersten Termin folgende Unterlagen mit:**

- **die Gesundheitskarte Ihres Kindes**
- **das gelbe Untersuchungsheft im Original**
- **den Mutterpass im Original**
- **bei schulpflichtigen Kindern Kopien der letzten beiden Zeugnisse**
- **ärztliche Vorbefunde (soweit vorhanden)**
- **Therapieberichte (soweit vorhanden)**
- **Vortestungen von Schulpsychologen (soweit vorhanden)**



**Anmeldebogen** (bitte in Druckschrift leserlich ausfüllen)

**Angaben zum Patienten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

Landkreis: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Versicherung:**

gesetzliche Krankenkasse

Private Krankenkasse

Hauptversicherter  
(Patient ist über diese Person versichert):

Rechnungsempfänger:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Angabe zum/zu den Sorgeberechtigten:**

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Wenn Sie eine E-Mail-Adresse angeben, verwenden wir diese gemäß unseren Ihnen bekannten Datenschutz-Informationen und den gesetzlichen Datenschutz-Vorschriften zur Vereinbarung, Absage oder Verschiebung von Terminen, ggfs. zur Beantwortung Ihrer Anfragen vor, während und nach Abschluss der Behandlung.**



**Bei wem lebt das Kind:**

- Eltern       Mutter       Vater       \_\_\_\_\_

**Sorgerecht:**

- beide Eltern       Mutter       Vater       \_\_\_\_\_

**Bei getrennt lebenden Eltern:**

a) Seit wann leben die Eltern getrennt? \_\_\_\_\_

b) Wie oft sieht das Kind den anderen Elternteil: \_\_\_\_\_

**Sind bereits Geschwisterkinder bei uns in Behandlung?**

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Grund der aktuellen fachärztlichen Vorstellung:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Verhalten / Aggressivität | <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen    | <input type="radio"/> Migräne / Kopfschmerzen                |
| <input type="radio"/> Aufmerksamkeit            | <input type="radio"/> Traurigkeit / Depression | <input type="radio"/> Selbstverletzendes Verhalten           |
| <input type="radio"/> schulische Leistungen     | <input type="radio"/> Trauma                   | <input type="radio"/> Einnässen / Einkoten                   |
| <input type="radio"/> Intelligenzentwicklung    | <input type="radio"/> Sucht (auch Mediensucht) | <input type="radio"/> Verdacht auf Autismus                  |
| <input type="radio"/> Erziehung                 | <input type="radio"/> Schlafstörungen          | <input type="radio"/> Ängste                                 |
| <input type="radio"/> Essverhalten              | <input type="radio"/> Tics / Zwänge / Anfälle  | <input type="radio"/> Weiterbehandlung nach Klinikaufenthalt |
| <input type="radio"/> Gutachtenerstellung       | <input type="radio"/> Sonstiges                |  |

**Die Vorstellung erfolgt auf Empfehlung von:** \_\_\_\_\_

**Haus- oder Kinderarzt (Name, Adresse):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich wünsche einen Bericht an obengenannten Haus- oder Kinderarzt

Ich wünsche keinen Bericht



**Bitte schildern Sie kurz die vorstehend angekreuzten Probleme näher:**

---

---

---

---

---

**Seit wann bestehen die Sorgen und Probleme:**

---

**Wurde Ihr Kind schon in einer anderen Einrichtung (Schule, Erziehungsberatung, ärztliche Kollegen, etc.) vorgetestet?**

JA  NEIN

Wenn ja, bringen Sie bitte die Testbefunde bzw. die Kopien der Deckblätter des Tests zum ersten Termin mit.

**Befand sich Ihr Kind früher schon einmal wegen ähnlicher Probleme oder Erkrankungen in ambulanter oder stationärer Behandlung? Wenn ja: wo und wann?**

Im Jahr \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_

Im Jahr \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_

Im Jahr \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_

**Erhält Ihr Kind momentan regelmäßig Medikamente? Wenn ja welche und seit wann?**

Name des Medikaments \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

Name des Medikaments \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

**Bekommt oder bekam das Kind eine spezielle Förderung? Wenn ja welche?  
(z.B. Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung etc.)**

---

---

---



**Befindet sich Ihr Kind derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?**

JA  NEIN

**Wenn ja:**

Name des Therapeuten: \_\_\_\_\_ seit wann \_\_\_\_\_

**Aktuell besucht unser Kind folgende Einrichtung:**

Kinderkrippe  Kindergarten  Schule

Wenn Ihr Kind eine Schule besucht, teilen Sie uns bitte mit welche Schule und welche Klasse:

---

---

**Unter welcher Telefonnummer können wir Sie für eine Terminvereinbarung erreichen?**

**Handy:** \_\_\_\_\_

**Festnetz privat:** \_\_\_\_\_

**Festnetz dienstlich:** \_\_\_\_\_

**Nur für gesetzliche versicherte Patienten:**

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass derzeit keine laufenden Behandlungen oder Termine in einer anderen sozial-psychiatrischen Einrichtung (z.B. Heckscher Klinik oder bei einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater) stattfinden. **Ich bin mir darüber im Klaren, dass Termine zur Diagnostik, Beratung, Therapie etc. nur stattfinden können, wenn im aktuellen Quartal bisher keine Termine in einer anderen Einrichtung erfolgt sind oder erfolgen.** Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Praxis Dr. Claudia Michael darüber informiere, sollten Termine in entsprechenden Einrichtungen vereinbart werden.

Kosten für Gutachten, Atteste oder ärztliche Stellungnahmen ( z.B. an das Jugendamt) sind keine Kassenleistungen, sondern müssen vom Patienten selbst getragen werden.



**Da unsere Praxis als reine Bestellpraxis geführt wird, werden aufgrund der uns entstehenden Kosten für nicht wahrgenommene Termine im Falle eines nicht mindestens 48 Stunden (zwei Werktage) vorher abgesagten Termins – auch für eine Erstvorstellung – € 61,20 nach GOÄ 886 in Rechnung gestellt.**

Bitte denken Sie daran, auch unsere **Patienteninformationen zum Datenschutz** zu lesen, zu **unterschreiben** und uns zusammen mit diesem Anmeldebogen **zuzusenden**.

**Ich bin mit der Behandlung des o.g. Patienten in der Praxis Dr. Claudia Michael einverstanden.**

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift 1. Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_

Unterschrift 2. Sorgeberechtigter

**Diese Einverständniserklärung muss von allen Sorgeberechtigten unterschrieben sein.**

**Hinweis:**

**Bitte haben Sie dafür Verständnis dass wir keine Eingangsbestätigung über die Anmeldung zusenden können. Wir werden Sie zeitnah telefonisch kontaktieren.**

**Aufgrund der zahlreichen Anmeldungen muss mit einer Wartezeit von mehreren Wochen für ein Erstgespräch in unserer Praxis gerechnet werden.**

**Sie helfen uns, wenn Sie sämtliche relevanten Vorbefunde in Kopie der Anmeldung beilegen.**

**Vielen Dank!**



## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Name des Patienten

Geb.

Liebe Patienten, liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte des oben genannten Patienten,

Vertraulichkeit, der Schutz Ihrer Privatsphäre und der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben bei uns seit Gründung der Praxis einen hohen Stellenwert. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die zum 25.05.2018 auch in Deutschland in Kraft getreten ist, sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten verarbeitet (erhebt, speichert oder weiterleitet). Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf Ihre personenbezogenen Daten und den Datenschutz haben.

**Wir möchten Sie bitten, uns die Kenntnisnahme dieser Informationen durch Ihre Unterschrift(en) auf der letzten Seite dieses Formulars zu bestätigen.**

**Verantwortliche Stelle** im Sinne der Datenschutzgesetze, insbesondere der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), ist:

Dr.med. Claudia Michael  
Zugspitzstr. 2a,  
85591 Vaterstetten (Deutschland)  
Email: info (at) kjp-vaterstetten.de

### **Datenschutzbeauftragter**

Wenn Sie Fragen zum Datenschutz haben, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail oder wenden Sie sich direkt an die für den Datenschutz verantwortliche Person in unserer Praxis:

Matthias Michael  
c/o Praxis Dr. Claudia Michael, Zugspitzstr. 2a,  
85591 Vaterstetten (Deutschland)  
E-Mail: datenschutz (at) kjp-vaterstetten.de

### **Zwecke der Datenverarbeitung durch die verantwortliche Stelle und Dritte**

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten nur zu den in dieser Datenschutzerklärung genannten Zwecken. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu gehört auch Kontaktaufnahme mit den Patienten, deren Eltern oder Sorgeberechtigten zur Vereinbarung, Absage oder Verschiebung von Terminen, ggfs. zur Beantwortung von Anfragen vor, während und nach Abschluss der Behandlung.

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.

### **Kategorien von Empfängern, gegenüber denen die personenbezogenen Daten offen gelegt worden sind oder noch werden**

Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte zu anderen als den genannten Zwecken findet nicht statt. 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.

Zum störungsfreien Betrieb unserer Systeme und zur Aufrechterhaltung der Datensicherheit kann es darüber hinaus notwendig sein, dass dazu berechtigte externe Dienstleister zeitweise Zugriff auf unsere IT-Systeme haben. Dies geschieht unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzvorschriften im Rahmen von Auftragsverarbeitungsverträgen.

### **Löschung bzw. Sperrung der Daten**

Wir halten uns an die Grundsätze der Datenvermeidung und Datensparsamkeit. Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten daher nur so lange, wie dies zur Erreichung der hier genannten Zwecke erforderlich ist oder wie es die vom Gesetzgeber vorgesehenen vielfältigen Speicherfristen vorsehen. Nach Fortfall des jeweiligen Zweckes bzw. Ablauf dieser Fristen werden die entsprechenden Daten routinemäßig und entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gesperrt oder gelöscht.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Ihre Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Danach sperren wir Ihre Daten und speichern sie bis zum Ablauf der Frist zur Verjährung von Schadenersatzansprüchen (30 Jahre nach Ende der Behandlung gemäß § 199 Abs. 2 BGB). Die Rechtsgrundlage dafür ist Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO.

### **Ihre Rechte**

Unter den angegebenen Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten können Sie jederzeit folgende Rechte ausüben:

- Auskunft über Ihre bei uns gespeicherten Daten und deren Verarbeitung,
- Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten,
- Unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten Daten,
- Einschränkung der Datenverarbeitung, sofern wir Ihre Daten aufgrund gesetzlicher Pflichten noch nicht löschen dürfen und
- Datenübertragbarkeit, sofern Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben.



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).

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht  
Promenade 27 (Schloss)  
91522 Ansbach  
Telefon: 0981/53-1300  
Telefax: 0981/53-5300  
E-Mail: [poststelle@lda.bayern.de](mailto:poststelle@lda.bayern.de)  
Homepage: <http://www.lda.bayern.de>

**Rechtsgrundlage** für die Datenverarbeitung ist

Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Artikel 9 Absatz 3 DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Bei einem **Besuch unserer Website** <https://www.kjp-vaterstetten.de> informieren Sie sich bitte unter <https://www.kjp-vaterstetten.de/datenschutz> über die dafür geltende Datenschutzerklärung.

### **Kenntnisnahme der Informationen zum Datenschutz**

**Bitte beachten Sie, dass die Patienteninformation zum Datenschutz bei minderjährigen Patienten von allen Sorgeberechtigten unterschrieben werden muss.**

**Ich habe die obigen Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.**

---

Datum

Unterschrift betroffene Person

Unterschrift weitere betroffene Person

Die EU-Datenschutzgrundverordnung bezeichnet im Zusammenhang mit „personenbezogenen Daten“ identifizierte oder identifizierbare natürliche Personen als „betroffene Personen“ (Artikel 4 Absatz 1 Nr. 1 DSGVO). Wir bitten alle durch die Datenverarbeitung bei uns **betroffenen Personen (volljährige Patienten, bei minderjährigen Patienten z.B. deren Sorgeberechtigte, ggfs. andere Personen, deren Daten bei uns erhoben werden)**, die Kenntnisnahme unserer Datenschutzinformationen mit ihrer Unterschrift zu bestätigen.