

Anmeldung für einen Termin in unserer Facharztpraxis

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Anbei erhalten Sie unseren Anmeldebogen. Bitte füllen Sie diesen vollständig und deutlich leserlich in Druckschrift aus.

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 an uns, oder Sie bringen die Unterlagen persönlich vorbei. Erst wenn 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 dem Kind oder Jugendlichen möglich. Termine ohne Kind können nicht stattfinden. Selbstverständlich bekommen Sie zur Vorlage sowohl für Ihren Arbeitgeber als auch für die Schule eine Bestätigung, dass dieser Termin stattgefunden hat.

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

Solange uns die Bögen nicht vollständig ausgefüllt und im Original vorliegen, findet keine Terminvereinbarung statt.

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 die 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: _____

Angaben zur Versicherung:

gesetzliche Krankenkasse, Hauptversicherter: _____

(Patient ist über diese Person versichert):

Private Krankenkasse, Rechnungsempfänger: _____

Angabe zum/zu den Sorgeberechtigten:

Name: _____

männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Handy: _____

Festnetz: _____

Zur Terminvereinbarung folgende Telefonnr.

wählen: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Name: _____

männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Handy: _____

Festnetz: _____

Zur Terminvereinbarung folgende Telefonnr.

wählen: _____

Anschrift: _____

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: _____ | |

Seit wann besteht die Problematik: _____

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:

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 (Datum !) _____

Aktuell besucht unser Kind folgende Einrichtung:

Kinderkrippe Kindergarten

Schule - Klasse: _____ Name der Schule: _____

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.

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.

Die angefügte Patienteninformationen zum Datenschutz haben wir zur Kenntnis genommen

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

Datum

Unterschrift 1. Sorgeberechtigter

Unterschrift 2. Sorgeberechtigter

Hinweis:

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir keine Eingangsbestätigung über die Anmeldung zusenden können. Wir werden Sie zur Terminvergabe telefonisch kontaktieren.

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

Vielen Dank!

Patienteninformation zum Datenschutz

Liebe Patienten, liebe Eltern, liebe 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 in puncto Datenschutz haben.

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

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, Therapievorschlüsse 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

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.

Löschung bzw. Sperrung der Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Be-handlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese 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

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 be-nötigen 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 beschwe-ren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

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
Homepage: <http://www.lda.bayern.de>

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten 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). Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

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.

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.