



Verehrte Eltern,

um die sozialpsychiatrische Versorgung Ihres Kindes zu ermöglichen, teilen Sie uns bitte mit, ob Ihr Kind _____ bereits in einer Ambulanz, z. B. im Sozialpsychiatrischen Zentrum oder einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Ambulanz, eine Diagnostik erhielt oder behandelt wurde.

Nein, keine Behandlung/Diagnostik in diesem Quartal

Ja, eine Behandlung wurde im/in _____ durchgeführt.

Hiermit möchten wir Sie noch auf unsere **Absageregulung** aufmerksam machen und bitten darum möglichst früh abzusagen. Zurzeit bestehen bei uns für Erstkontakte, als auch für notwendige Folgetermine lange Wartezeiten. Bei Einhaltung der Absageregulung können die freien Termine anderweitig vergeben werden. Hierzu ist es notwendig, dass der Termin (auch Gruppentermin) **spätestens am Vortag abgesagt wird**, entweder persönlich, per Telefon 05031-705120 oder über unser Kontaktformular unserer Homepage.

Falls die Absage nicht im vorgegebenen Zeitraum erfolgt, stellen wir Ihnen diesen mit 40 € in Rechnung. Bitte beachten Sie, dass bei Doppelterminen auch das doppelte Ausfallhonorar in Höhe von 80 € berechnet wird. Bei Gruppentherapien beläuft sich das Ausfallhonorar weiterhin auf 25 €.

Wir bitten Sie, das Ausfallhonorar innerhalb von 7 Werktagen zu begleichen (entweder Bar, per Girocard an der Anmeldung oder per Überweisung auf unser Konto) und uns eine Rückmeldung über weitere Termine zu geben. Wir behalten uns vor bei Nicht-Eingang der Zahlung Termine zu streichen.

Bei fehlender Krankenversichertenkarte: Sollten Sie Ihre Versicherungskarte nicht dabei haben, dürfen wir Sie laut geltenden Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung nicht behandeln. In diesem Fall kann die Behandlung nicht stattfinden.

Ich habe o. g. Regelungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte füllen Sie uns noch die Kontaktdaten auf der Rückseite aus, vielen Dank!

Bitte wenden, danke!

Kontaktdaten:

Hauptversicherter (Name, Vorname):

Telefon: _____

Telefon (mobil): _____

E-Mailadresse: _____
(Bitte deutlich in Druckbuchstaben)

Telefon weiterer Kontaktpersonen (z. B. Großeltern, Lehrer):

Hausarzt / Kinderarzt:

- Ich habe das alleinige Sorgerecht
- Ich habe eine Vollmacht und darf allein entscheiden
- Wir haben gemeinsames Sorgerecht

Unsere Bankverbindung:

Dr. med. Gudrun Peters & Dr. med. Frauke Trienekens & Dr. med. Susanne Ahlbrecht
Deutsche Ärzte- und Apothekerbank

IBAN: DE93 3006 0601000848 5208
BIC: DAAEDEDXXX

Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis

Liebe Patienten, lieber Patient,

die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet uns dazu, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis personenbezogene Daten erhebt, speichert und weiterleitet. Da uns der Datenschutz am Herzen liegt, informieren wir Sie gerne darüber und auch über die Rechte, die Sie haben.

1. Zweck der Datenverarbeitung

Wir erheben und verarbeiten von Ihnen persönliche Daten wie Name, Geburtsdatum und Anschrift sowie gesundheitsbezogene Daten. Darunter fallen Anamnese (Anamnese = Vorgeschichte einer Erkrankung), Diagnosen, Therapieansätze und Therapien sowie Krankheitsbefunde und Laborwerte, die wir erheben.

Zusätzlich können uns von anderen Ärzten und/oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Gesundheitsdaten zur Verfügung gestellt werden (z.B. durch Arztbriefe), die wir in Ihrem Interesse anfordern, auch um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis.

Diese Daten benötigen wir, um Sie medizinisch verantwortungsvoll behandeln zu können. Wir erheben, speichern und verarbeiten sie gemäß den gesetzlichen Vorgaben.

2. Verantwortlichkeit und Ansprechpartner

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Dr. med. Frauke Trienekens & Dr. med. Gudrun Peters & Dr. med. Susanne Ahlbrecht
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie
Barnestraße 42A, 31515 Wunstorf, Telefonnummer 05031 705120

Unsere Praxis hat einen Datenschutzbeauftragten, an den Sie sich wenden können:

Name: H.K.

Tel.: 05033 96320

E-Mail: datenschutz@snc-it.com

3. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung oder aufgrund rechtlicher Vorgaben erforderlich ist. Patientendaten müssen aus rechtlichen Gründen nach Abschluss einer Behandlung noch 10 Jahre lang aufbewahrt werden; für manche Unterlagen gelten Aufbewahrungsfristen bis zu 30 Jahre (z.B. Dokumentationen zur Strahlentherapie).

nach eigenem Ermessen bewahren wir auch andere medizinische Unterlagen 30 Jahre lang auf, um uns für den Fall eventueller Schmerzensgeldforderungen abzusichern.

Selbstverständlich tragen wir dafür Sorge, dass diese Daten gut gesichert und vor der Einsichtnahme durch Unbefugte geschützt sind.

4. Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte

Wir sind verpflichtet, personenbezogene Daten an Dritte wie Ihre Krankenkasse, den medizinischen Dienst Ihrer Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung weiterzuleiten. Dies dient der korrekten Abrechnung und anderen Zwecken, etwa wenn es um die Beantragung von Reha-Leistungen oder um die Klärung von versicherungsrechtlichen Fragen geht.

Wir geben Ihre Daten auch an andere Ärzte und Psychotherapeuten weiter, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn wir bestimmte Untersuchungen nicht selbst durchführen können (z.B. Laboruntersuchungen in der Laborgemeinschaft oder im Fachlabor bzw. einem pathologischen Labor). Bei Privatpatienten benötigen wir zusätzlich noch die Einwilligung für die Zusammenarbeit mit unserer privat ärztlichen Verrechnungsstelle, die das Rechnungswesen für uns übernimmt.

Die Weiterleitung an andere Ärzte und an Verrechnungsstellen erfolgt aber nur, wenn Sie uns schriftlich Ihre Einwilligung dazu geben (s.u.).

5. Ihre Rechte in Bezug auf Ihre Daten

Sie haben das Recht, Ihre Patientenakte und die darin gespeicherten Daten einzusehen und können verlangen, dass wir ggf. falsche Daten korrigieren.

In den Fällen, in denen wir Ihre Daten nicht aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen an Dritte weitergeben (etwa an eine privat ärztliche Abrechnungsstelle) dürfen Sie eine einmal erteilte Einwilligung für die Zukunft widerrufen.

Bitte wenden Sie sich an uns, an unseren Datenschutzbeauftragte(n) oder an die zuständige Aufsichtsbehörde (= Landesbeauftragte/r für Datenschutz), wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Ich habe diese Mitteilung gelesen und willige ein, dass meine Daten in den unter Punkt 4 genannten Fällen an Dritte weitergeleitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten:

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten



Dr. med. Frauke Trienekens & Dr. med. Gudrun Peters & Dr. med. Susanne Ahlbrecht
Barnestraße 42 A | 31515 Wunstorf

FON: 05031-70 512-0

FAX: 05031-70 512-11

www.praxis-kjpp-wunstorf.de

Sprechzeiten:

Mo-Do: 08.30-12.00

Mo, Di, Do: 15.00-17.00

oder nach Vereinbarung

Datenerfassungsbogen und Einverständniserklärung

Patient/In

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenversicherung: _____

Beihilfe Ja () Nein ()

Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt: _____

Abweichender Rechnungsempfänger (Hauptversicherter)

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Hiermit beauftrage ich die Praxis Dr. med. Frauke Trienekens & Dr. med. Gudrun Peters & Dr. med. Susanne Ahlbrecht mit der Behandlung meines o. g. Kindes. Die Diagnostik und Therapie kann von den Praxisinhaberinnen an die Mitarbeiter der Praxis delegiert werden.

Aufgrund eines erhöhten zeitlichem und personellem Aufwand wird der 2,3 fache bis 3,5 fache Satz der GOÄ berechnet. Generell wird bei 1,5- bis 2 stündigen Testverfahren der 3,5 fache Satz der GOÄ berechnet. Wir verpflichten uns, die Kosten privat zu tragen, die nicht von der Krankenversicherung übernommen werden.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname)

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z. B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS) zu beauftragen. Die PVS NDS ist eine im Jahr 1948 gegründete berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Empfänger der Daten ist die PVS NDS. Die PVS NDS unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS NDS als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter Tel.: 0541 335 3697 bzw. Mail: info@pvs-niedersachsen.de.

Wir möchten Sie bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Die von der PVS NDS verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Fortfall des Zweckes gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. 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. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS NDS (datenschutz@pvs-niedersachsen.de). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS NDS sowie die PVS-Transparenzerklärung finden Sie auf www.pvs-niedersachsen.de/transparenz.

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 Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Landesbeauftragte für den Datenschutz
Prinzenstr. 5
30159 Hannover
Mail: poststelle@ldf.niedersachsen.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzugs an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS), einverstanden.
2. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS NDS einverstanden.
3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS NDS schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS NDS mehr statt.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

Normale private Krankenversicherung

Beihilfeberechtigt

Besondere Versicherungen:

Post B

KVB

Besondere Tarife:

Basistarif*

Standardtarif*

*Ausweispflicht (Versichertenkarte/-schreiben vorlegen)

Nachname (Patient/in)

Vorname (Patient/in)

Geburtsdatum (Patient/in)

ggf. Name, Vorname (gesetzliche/r Vertreter/in)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in)

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

09-4056900

Dr. med. Frauke Trienekens
Dr. med. Gudrun Peters
Dr. med. Susanne Ahlbrecht
Fachärztinnen für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und psychotherapie
Barnestr. 42 A • 31515 Wunstorf
Tel.: 05031 / 705 12-0
Fax: 05031 / 705 12-11

Praxisstempel