

I. Datenblatt Patientenaufnahme

Kind:

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer (des Wohnorts) _____ PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____ ggf. Geburtsname _____

Telefon (Privat/Festnetz) _____ Telefon (Mobil) _____

Geschlecht (bitte ankreuzen): weiblich männlich _____

1. Bezugsperson:
(bitte ankreuzen)

Mutter Vater Sonstige: _____

Name _____ Vorname _____

Adresse (wenn von der Adresse des Kindes abweichend) _____

Telefon (Privat/Festnetz) _____ Telefon (Mobil) _____

2. Bezugsperson:
(bitte ankreuzen)

Mutter Vater Sonstige: _____

Name _____ Vorname _____

Adresse (wenn von der Adresse des Kindes abweichend) _____

Telefon (Privat/Festnetz) _____ Telefon (Mobil) _____

Versicherung: Krankenkasse: _____

Wenn **familienversichert**, bitte zusätzliche Angaben zum Mitglied (Hauptversicherte*n) eintragen:

Hauptversicherte*r ist: 1. Bezugsperson 2. Bezugsperson _____
Geburtsdatum Hauptversicherte*r _____

Wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine **ambulante** Psychotherapie durchgeführt:

nein ja, und zwar von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

Behandler*in: _____
Name und Adresse

Wurde innerhalb der letzten 12 Monate bereits eine **stationäre** Psychotherapie durchgeführt:

nein ja, und zwar von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

Klinik: _____
Name und Ort

II. Datenschutzerklärung

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.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist Frau Kathrin Streitwieser, Sägewerkstraße 16, 83416 Saaldorf-Surheim, info@kjp-streitwieser.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Zur Planung, Beantragung, Durchführung, Abrechnung und Dokumentation der psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung werden Informationen über die Patient*innen und deren Problemstellung erhoben und ausgewertet. Zu diesem Zweck verarbeiten wir personenbezogene Daten, insbesondere Kontakt- und Gesundheitsdaten. Dazu zählen bspw. Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Behandler*innen erheben. Darunter fallen auch persönliche Informationen über die Familie und das soziale Umfeld der Patient*innen. Die Diagnostik erfolgt zu Teilen über das Hogrefe-Testsystem, einer browserbasierten Web-Anwendung. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für eine Behandlung. Werden diese notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen / Ihrem Kind und Ihrer Psychotherapeut*in und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Im Rahmen der Diagnostik und Behandlung können zur Optimierung der Diagnostik / der Behandlung auch Gesprächsaufzeichnungen in Wort und Bild erstellt und verarbeitet werden. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange der Patienten*innen und deren Familie voll gewürdigt bleiben. Einblick erhalten nur Personen, die mit der Behandlung beruflich befasst sind und der Schweigepflicht unterliegen (bspw. Inter-/Supervisor*in und weitere Mitarbeiter*innen der Praxis).

In manchen Fällen ist zur Optimierung der Behandlung eine Kommunikation via E-Mail notwendig. Eine vollständige Datensicherheit ist bei derartiger Kommunikation nicht gewährleistet.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln die personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger der personenbezogenen Daten können vor allem andere Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, berufsspezifische Kammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger*innen.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren die 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.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie / Ihr Kind 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 der 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: Landespsychotherapeutenkammer Bayern (PTK Bayern) – Körperschaft des öffentlichen Rechts, Birketweg 30, 80639 München.

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Gesundheitsdaten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz, sonstiger Daten Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Erklärung

Die vorstehende Datenschutzerklärung wurde erläutert. Ich erkläre, dass ich in Bezug auf die Dokumentation und Verarbeitung der persönlichen Daten und des Therapieverlaufs in der Patientenakte, in der Rechneranlage, auf Ton- und Bilddatenträgern sowie im Rahmen der Diagnostik über das Hogrefe-Testsystem aufgeklärt wurde.

Datum

Unterschriften aller Sorgeberechtigten oder der volljährigen Person

III. Sorgerechtserklärung

1. Klärung der Sorgeberechtigung

Name, Vorname des Kindes/Patient*in

Geburtsdatum des Kindes/Patient*in

Name, Vorname des/der Sorgeberechtigten

Geburtsdatum des/der Sorgeberechtigten

Name, Vorname des/der 2. Sorgeberechtigten

Geburtsdatum des/der 2. Sorgeberechtigten

Es besteht das alleinige Sorgerecht gemeinsame Sorgerecht

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das o.g. Kind bei der Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche Streitwieser zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt. Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir, für den/die Patient*in personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines/einer etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir der Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche Streitwieser umgehend mit.

Datum

Unterschrift des/der 1. Sorgeberechtigten

Unterschrift des/der 2. Sorgeberechtigten

HINWEIS: Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes in der Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche Streitwieser aus rechtlichen Gründen nicht möglich! Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und geben Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts an:

Vorname, Name des/der gesetzlichen Vertreters

VOLLMACHT des/der Sorgeberechtigten (beim gemeinsamen Sorgerecht):

Hiermit bevollmächtige ich Herrn/Frau _____ alle Erklärungen in meinem Namen abzugeben, die für die Durchführung einer Psychotherapie des o.g. Kindes in der Psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche Streitwieser notwendig sind. Dies gilt insbesondere für Erklärungen gegenüber dem behandelnden Psychotherapeuten, der Krankenkasse und den mitbehandelnden Ärzt*innen.

Ort, Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

(Wenn beispielsweise der Vater die Mutter bevollmächtigt, Erklärungen auch in seinem Namen abzugeben (also Dokumente zu unterschreiben), dann erleichtert dies das organisatorische Prozedere in der Praxis.)

2. Alternativ zu Punkt 1 bei Patient*innen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben u. gesetzlich krankenversichert sind

Ich erkläre hiermit, dass ich mich bei der Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche Streitwieser zur Diagnostik und Therapie vorstellen möchte.

Mit der Information an meine Sorgeberechtigten über die Beantragung und Aufnahme einer Therapie bin ich einverstanden nicht einverstanden

Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Datum

Unterschrift des/der Patient*in



3. Aufsichtspflicht

Während des Aufenthalts in der Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche Streitwieser sind Sie selbst für die Aufsichtspflicht Ihres Kindes verantwortlich. Das bedeutet, dass Sie für den sicheren Weg des Kindes zur Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche Streitwieser und nach der Therapie nach Hause verantwortlich sind. Außerdem bedeutet es im Hinblick auf das Alter des Kindes auch, dass Sie sich während der Therapiezeit in den Räumen der Praxis oder bei Außenaktivitäten in unmittelbarer räumlicher Nähe des Kindes aufhalten. Im Zweifelsfalle bitten wir Sie, unbedingt mit dem behandelnden Psychotherapeuten Rücksprache zu halten.

Mit meiner/unseren Unterschrift/en erkläre/n ich/wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

Datum

Unterschrift des/der 1. Sorgeberechtigten

Unterschrift des/der 2. Sorgeberechtigten

IV. Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

E-Mail-Adresse

Datum

Unterschriften aller Sorgeberechtigten oder der volljährigen Person

Anmerkung:

- Es erleichtert die Anamneseerhebung, Diagnose- und Antragsstellung sehr, wenn Sie zum Ersttermin vorhandene Unterlagen wie Schulzeugnisse, Vorbefunde und Arztbriefe mitbringen.