

Einverständniserklärung mit der Behandlung und der Datenverarbeitung

Ich habe das Sorgerecht für das Kind: _____, geboren am _____, und bin mit einer kinder- und jugendpsychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung in der Praxis Sternekieker einverstanden.

Patienteninformation zum Datenschutz:

Ich weise Sie hiermit darauf hin, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung (Schweigepflichtsentbindung) erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und anderer Helfersysteme nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern. Einwilligung in die Datenverarbeitung: Ich habe das Sorgerecht und bin einverstanden, dass die Daten meines Kindes zu Behandlungs- und Abrechnungszwecken im Computersystem der Praxis gespeichert, an die Kassenärztliche Vereinigung zur Abrechnung weitergegeben werden und dass wir mit Ihnen zwecks Terminvereinbarungen ggf. über E-Mail kommunizieren dürfen, ohne dabei Namen zu nennen. Falls eine Überweisung vorgelegt wurde, bin ich einverstanden, dass ein Befundbericht an den Überweiser geschickt wird (den ich jederzeit einsehen kann). Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Ort, Datum_____
Ort, Datum_____
Unterschrift der Mutter_____
Unterschrift des Vaters_____
Straße, Hausnummer_____
Straße, Hausnummer_____
Postleitzahl, Ort_____
Postleitzahl, Ort_____
Mobil-Telefonnr. / Festnetz_____
Mobil-Telefonnr. / Festnetz_____
E-Mail-Adresse_____
E-Mail-Adresse

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde(n) ich / wir, _____ die Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie (Frau Sternekieker M.A.)

gegenüber

Schule / Kindergarten: _____ Tel. _____

Jugendamt / Familienhilfe: _____ Tel. _____

Arzt / Krankenhaus: _____ Tel. _____

_____ Tel. _____

_____ Tel. _____

_____ Tel. _____

von der ärztl. Schweigepflicht und erlaube(n) einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein Kind/mich: _____

Stralsund, den: _____ (Unterschrift der Sorgeberechtigten)