



Anmeldebogen

Daten Kind und Familie

Name Kind:

Geburtsdatum Kind:

Name der Eltern:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

Sorgerecht:

Kindergarten/Schulbesuch (bitte zutreffendes ankreuzen/markieren):

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kiga | <input type="checkbox"/> Hauptschule | <input type="checkbox"/> Gymnasium | <input type="checkbox"/> Hochschule |
| <input type="checkbox"/> Grundschule | <input type="checkbox"/> Realschule | <input type="checkbox"/> Berufskolleg | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Förderschule | <input type="checkbox"/> Gesamtschule | <input type="checkbox"/> Ausbildung | |

Klasse:

Schulbesuch derzeit möglich:

Krankenversicherung (bitte zutreffendes ankreuzen/markieren):

- gesetzlich privat

Name der Krankenkasse:

Vorstellungsanlass

Schwierigkeiten/ Symptomatik:

Therapie mögliche Zeiten (bitte alle Optionen angeben):

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Empfohlen/ überwiesen von:

Anmeldung ausgefüllt am:

Wird von der Praxis ausgefüllt.

Datum Sprechstunde:

Therapeut:

Warteliste:

KE:

bei wem:

PTV11:

TSS-Nummer:

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind:

Dr. rer. medic. Nicole Benien

Dipl. Psych. Sandra Ebert

Bonner Str. 18, 50374 Erfstadt

Email: praxis@kinderpsychotherapie-erftstadt.de

Tel: 02235-7708844

Fax: 02235-7708822

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

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 oder waren, 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.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Sie entbinden uns von der Erstellung des Hausarztberichtes. Außerdem verzichten Sie auf die Nutzung der ePA (elektronische Patientenakte). 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 Zweck 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.

Wir kommunizieren mit Ihnen über E-Mail (ohne Ende-zu-Ende-Verschlüsselung) und Handynachrichtendienste (Imessage, SMS, WhatsApp etc.). Über die prinzipielle Unsicherheit der sozialen Netzwerke wurden Sie informiert und sind damit einverstanden mit der Praxis über diese Netzwerke zu kommunizieren. Außerdem erlauben Sie auch den Austausch der in der Praxis tätigen

Therapeuten untereinander bzgl. Ihrer Daten. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, bitten wir um schriftliche Mitteilung.

4. Speicherung Ihrer Daten

Aufgrund rechtlicher Vorgaben (§ 630f BGB, sowie § 57 BMV-Ä und § 10 der Berufsordnung) sind wir dazu verpflichtet, die Patientenakte mit allen Daten und Dokumentationen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach Ablauf dieser Zeit werden alle patientenbezogenen Daten gelöscht.

Auch bei einmaligem Kontakt bewahren wir Ihre personenbezogenen Daten auf.

5. 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 benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesem Fall 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.

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit §22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

7. Änderung unserer Datenschutzbestimmungen

Wir behalten uns vor, diese Datenschutzerklärung gelegentlich anzupassen, damit sie stets den aktuellen rechtlichen Anforderungen entspricht oder um Änderungen unserer Leistungen in der Datenschutzerklärung umzusetzen, z.B. bei der Einführung neuer Services. Für Ihren erneuten Besuch gilt dann die neue Datenschutzerklärung.

Die Datenschutzbestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen und stimme ihnen zu.

Ort und Datum

Patient /ggf. gesetzliche/r Vertreter

Kinderpsychotherapie-Erfstadt

E-Mail praxis@kinderpsychotherapie-erftstadt.de

Telefon 02235/770 8844

Bonner Str. 18

Internet www.kinderpsychotherapie-erftstadt.de

Telefax 02235/770 8822

50374 Erfstadt