KJP Bad Schwartau

Facharztpraxis
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie, Sozialpsychiatrie
Stephanie Vagedes-Stahl

Sprechzeiten: Mo-Do 9:00-13:00
14:00-18:00
Termine nach Vereinbarung

Eutinerstrasse 1
23611 Bad Schwartau
Tel.: 0451 / 20 34 48 77
Fax: 0451 / 20 34 48 79

info@kjp-bad-schwartau.de
www.kjp-bad-schwartau.de

Anmeldung zur fachärztlichen Untersuchung

Der Anmeldebogen wird zur Vorbereitung auf das erste Gespräch in unserer Praxis benötigt. Der Fragebogen ist sehr umfangreich und soll uns einen ersten Einblick in die Entwicklung Ihres Kindes gewähren. Wir bitten Sie, uns die vollständig ausgefüllten **Fragebögen spätestens 1 Woche vor dem geplanten Termin**, per Post, Fax oder Mail zuzusenden.

- **Haben beide Eltern das Sorgerecht, unterschreiben bitte beide Eltern den beiliegenden Bogen zur Zustimmung der Vorstellung.**

Die Erstvorstellung mit Ihnen und Ihrem Kind, sowie in der Regel weitere Diagnostiktermine, finden meist am Vormittag statt, da die Kinder für bestimmte Testverfahren ausgeruht sein müssen. Nach Abschluss der Diagnostik werden in einem anschließenden Beratungsgespräch die Ergebnisse der Untersuchungen erläutert, weiteres Vorgehen und mögliche Behandlungsmaßnahmen mit Ihnen besprochen.

- **Die Termine in unserer Praxis finden ausschließlich gemeinsam mit Ihnen und Ihrem Kind statt.**

Sollten Sie verhindert sein einen Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie den Termin so früh wie möglich, jedoch spätestens zwei Werktage vorher absagen.

Außerhalb der telefonischen Sprechzeiten können Sie uns gerne eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen oder eine E-Mail schreiben.

Wir behalten uns vor, Ihnen nicht rechtzeitig oder nicht abgesagte Behandlungen in Rechnung zu stellen, da die Termine nur für Sie reserviert sind und in der Regel nicht mehr anderweitig vergeben werden können.

Wir dürfen Sie bitten, zum Termin - soweit vorhanden — folgende Unterlagen mitzubringen:

- Zeugnisse oder Berichte aus Kindergarten / Hort / Schule
- Aktuelle Befunde / Berichte / Arztbriefe
- Versichertenkarte
- Passfoto des Kindes (wird in die Akte gescannt und kann wieder mitgenommen werden)
- gelbes Vorsorgeheft
- **WICHTIG:** Einverständniserklärung **aller** Sorgeberechtigten

> Da wir Ihre Unterlagen scannen, benötigen wir keine Kopien!!!

Falls Sie noch Fragen haben rufen Sie uns gern an.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Praxisteam

Informationen Kind

Name/Vorname:	Geburtstag/-Ort:
Adresse, PLZ, Wohnort:	Geschlecht: ☐ ♂ ☐ ♀
Kinderarzt/Hausarzt:	Auf wessen Empfehlung kommen Sie:

Krankenkasse mit Ort:	Versicherten-Nr.:
Krankenkassen-Nr.:	Mitversichert bei:

Sorgerecht:
☐ Vater ☐ Mutter ☐ beide ☐ Vormund

Gibt es aktuell Gerichtliche oder anderweitige Auseinandersetzungen um das Sorgerecht? ☐ Ja ☐ Nein

Lebens- und Wohnsituation

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:
☐ verheiratet ☐ zusammen lebend
☐ geschieden ☐ verwitwet

☐ getrennt lebend seit: _____

Bei wem lebt das Kind:
☐ Eltern ☐ Pflegeeltern ☐ Großeltern
☐ Mutter ☐ Adoptiveltern
☐ Vater ☐ sonstige: _____
☐ Wohngruppe (Name/Anschrift, zuständiger Betreuer) seit: _____

_____

	Mutter	Vater	Stief-/Pflege-/Adoptiv- -Eltern/ Vormund
Adresse:			
Telefon:			
Mobil:			
E-Mail:			
Name, Vorname:			
Geburtstag:			
Staatsangehörigkeit:			
Schulabschluss:			
Ausgeübter Beruf:			
Berufstätigkeit:	☐ Keine ☐ Halbtags ☐ Ganztags	☐ Keine ☐ Halbtags ☐ Ganztags	☐ Keine ☐ Halbtags ☐ Ganztags

Vorstellungsgrund

In welchem Bereich sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme (mehrere Antworten möglich)

- ☐ Körperbeherrschung und Bewegung
- ☐ Intelligenzentwicklung
- ☐ Sprachentwicklung
- ☐ Aggressivität
- ☐ Stimmungsschwankungen
- ☐ Ernährung
- ☐ Migräne/Kopfschmerzen
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Verhalten
- ☐ Umgang und Spiel mit anderen Kindern
- ☐ Erziehung
- ☐ Schulische Leistung
- ☐ Wachstum und Körperbau
- ☐ Anfälle
- ☐ Einnässen/Einkoten
- ☐ Sonstiges:_____

Können Sie die Probleme genauer beschreiben:

_____

_____

_____

_____

Seit wann bestehen diese Probleme:

_____

Welche Hilfe und Untersuchungen erwarten Sie:

_____

_____

_____

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders:

_____

_____

_____

_____

Informationen Familie

Liegen schwere körperliche Erkrankungen in der Familie vor: ☐ Nein ☐ Ja, welche, wer hat sie?

_____

Liegen psychische Erkrankungen in der Familie vor: ☐ Nein ☐ Ja, welche, wer hat sie?

_____

Gab oder gibt es belastende Lebensereignisse:

_____

Geschwister				
Name, Vorname:				
Geburtstag:				
Männlich/ Weiblich				
Geschwister/ Halbgeschwister/ Stiefgeschwister				

Sind Geschwister hier in Behandlung: ☐ Nein ☐ Ja

Bei Scheidung/Trennung der Eltern, wie häufig ist der Kontakt zum anderen Elternteil:
Besteht nicht seit: _____
etwa alle: _____Wochen, bzw _____Monate

Wer betreut das Kind, wenn es nach Hause kommt:

_____

Welche weiteren Personen leben zusammen mit Ihrem Kind und üben einen Einfluss auf die Erziehung aus:

_____

Sind sich die Eltern/Bezugspersonen hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig:
☐ ja
☐ häufig uneinig
☐ entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

Wie ist das Verhältnis	Gut	Mittel	Schlecht
zu der Mutter			
zu dem Vater			
zu den Geschwistern			
der Eltern untereinander			

Schwangerschaft

Künstliche Befruchtung: ☐ Ja ☐ Nein

Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften _____ davon _____ Fehlgeburten _____ Abbrüche

Nahmen Sie während der Schwangerschaft Medikamente ein: ☐ Ja ☐ Nein
Welche:_____

Haben Sie während der Schwangerschaft:
☐ geraucht _____ Zigaretten pro Tag ☐ getrunken ☐ Drogen konsumiert, welche:_____

Zeigten Ultraschalluntersuchungen Auffälligkeiten: ☐ Ja ☐ Nein
Welche:_____

Wie alt waren die Eltern bei der Geburt: ♀..... ♂.....

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten wie z.B.:
☐ Blutungen/ drohende Fehlgeburt
☐ hoher Blutdruck/ EPH-Gestose
☐ Infektionskrankheiten
☐ Andere: _____
☐ Operationen
☐ Zuckerkrankheit
☐ Seelische Belastungen

Geburt

Errechneter Geburtstermin: _____
Entbindung: ☐ Termingerecht ☐ Zu früh .....Tage/Wochen ☐ Zu spät .....Tage/Wochen

Klinikentbindung: ☐ Ja ☐ Nein
Welcher Ort/Klinik:_____

Gab es Sorgen und Ängste unter der Geburt: ☐ Ja ☐ Nein
Wer begleitete die Mutter:_____

Kaiserschnitt: ☐ Ja ☐ Nein
Dauer der Geburt ab Wehenbeginn:_____

Erschwernisse bei der Geburt wie z.B.:
☐ Zwillinge ☐ Saugglockengeburt
☐ Steißlage ☐ Zangengeburt ☐ andere, welche:_____

War das Fruchtwasser: ☐ grün ☐ zu viel ☐ zu wenig

War die Nachgeburt (Plazenta): ☐ auffällig ☐ zu klein ☐ vernarbt

Neugeborenes (ggf. im gelben Vorsorgeheft nachschlagen)

Geburtsgewicht:_____g **Geburtsgröße:**_____cm **Kopfumfang:**_____cm

Hat Ihr Kind sofort nach der Geburt geschrien: ☐ Ja ☐ Nein

Mussten Medikamente verabreicht werden: ☐ Ja, welche: _____ ☐ Nein

Wurde Ihr Kind beatmet: ☐ Ja,wie lange:_____ ☐ Nein

Wurde Ihr Kind gestillt: ☐ Ja, wie lange:_____ ☐ Nein

Räumliche Trennung von Kind und Mutter nach der Geburt: ☐ Ja ☐ Nein

Apgarwerte:_____

Gab es sonstige Komplikationen in den ersten Lebenswochen wie z.B.:
☐ Infektionen
☐ Krampfanfälle
☐ andere: _____

Entwicklung

Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr:

- ☐ Exzessives Schreien
- ☐ Ein-/ Durchschlafstörungen
- ☐ Trinkschwierigkeiten/ Ernährungsprobleme
- ☐ Schreckhaftigkeit
- ☐ Wenig Interesse an der Umwelt
- ☐ Blickkontakt vermeidend
- ☐ Körperkontakt vermeidend
- ☐ Auffallendes oder verspätetes Sitzen/Krabbeln/Umdrehen

Auffälligkeiten im Kleinkindalter:_____

Verhalten

☐ Anhänglich ☐ Leichte Ablenkbarkeit ☐ Probleme mit Essen ☐ Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen
☐ viel weggelaufen ☐ Stimmungsschwankungen ☐ starker Speichelfluss ☐ konnte sich nicht alleine beschäftigen

Sprachentwicklung

☐ unauffällig ☐ Aussprachefehler ☐ Sprachverständnisschwierigkeiten
☐ verzögert ☐ geringer Wortschatz ☐ grammatikalische Auffälligkeiten
Erste Worte sprechen mit:_____Monaten
Erste Sätze sprechen mit:_____Monaten

Motorik

☐ unauffällig ☐ unsicher ☐ überaktiv ☐ häufige Unfälle
☐ verzögert ☐ ungeschickt ☐ wenig aktiv
Krabbeln mit: _____ Monaten
Freies sitzen mit:_____ Monaten
Laufen mit: _____ Monaten

Handmotorik

☐ linkshändig ☐ rechtshändig ☐ wechselnd
☐ wenig/kein Malen/Basteln
☐ ungeschickt/verkrampft

Sauberkeit

☐ Trocken ☐ am Tag seit:_____ ☐ nachts seit :_____
Nach dem 3. Lebensjahr:
☐ Einnässen ☐ Tag wann :_____ ☐ nachts wann:_____
☐ Einkoten ☐ Tag wann :_____ ☐ nachts wann:_____

Betreuung: seit welchem Lj._____	**Probleme**		**Adresse**
☐ Tagesmutter/-vater	☐ Ja	☐ Nein	_____
☐ Krippe	☐ Ja	☐ Nein	_____
☐ Kiga	☐ Ja	☐ Nein	_____
☐ Vorschule	☐ Ja	☐ Nein	_____

Welche Probleme gab es: (mehrere Antworten möglich)

- ☐ Besuch war/ist unbeliebt
- ☐ Trennungsprobleme beim verabschieden
- ☐ Gruppenspiele wurden abgelehnt
- ☐ Einzelgänger/Außenseiter
- ☐ Kind galt als Spielverderber
- ☐ Kind galt als aggressiv
- ☐ Verweildauer beim Spiel auffallend kurz
- ☐ Probleme beim An-/Ausziehen
- ☐ Nägelkauen
- ☐ Tics
- ☐ Sonstiges:_____
- ☐ Schwierigkeiten beim Einschätzen von Gefahren
- ☐ Malen/Basteln unbeliebt
- ☐ Körperkontakt abgelehnt
- ☐ Probleme beim Erlernen des Radfahrens
- ☐ Probleme beim Erlernen des Schwimmens
- ☐ Probleme bei Regelspielen
- ☐ Distanzloses Verhalten
- ☐ Marotten, Grimassieren, unpassender Gesichtsausdruck
- ☐ Auffallende, ungewöhnliche Essgewohnheiten

Was spielt Ihr Kind besonders gerne: _____

Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind:
☐ Grundschule ☐ Gymnasium
☐ Gemeinschaftsschule
Name/Anschrift der Einrichtung:_____
Klasse:_____
Wann war die Einschulung:_____
Schulwechsel:_____

Wie regelmäßig ist der Schulbesuch:
☐ verspätet sich oft ☐ schwänzt häufig ☐ regelmäßig
☐ zeitweise keine Schule besucht, von _____ bis _____ ☐ fehlt oft, wegen:

Gibt es Probleme beim Lernen/bei den Hausaufgaben: _____

_____

Probleme in der Schule (mehrere Antworten möglich)

☐ Kind hat sich heftig gegen die Schule gesträubt
☐ Kind hat ausgeprägte Ängste
☐ Von der Schule schnell enttäuscht
☐ Ärger mit den Lehrern
☐ Arbeitsverhalten ein Problem
☐ Braucht bei Hausaufgaben viel Hilfe
☐ Braucht sehr lange für Hausaufgaben
☐ Hausaufgaben werden häufig vergessen
☐ Kann nicht warten
☐ Konzentration schlecht
☐ Arbeitstempo verlangsamt
☐ Schwierigkeiten Ordnung zu halten
☐ Führt Tätigkeiten nicht zu Ende
☐ Leistungen wechselhaft
☐ Probleme beim Lesen/Schreiben/Rechnen (zutreffendes unterstreichen)
☐ Sonstiges:

Hat Ihr Kind Freunde: Ja☐ Anzahl:_____Nein☐

Wie häufig besucht Ihr Kind diese Freunde:_____pro Woche

Verhalten in der Gruppe (mehrere Antworten möglich)

☐ Kommt gut mit anderen aus
☐ Sucht andere zu beherrschen
☐ Leicht zu beeinflussen
☐ Will immer bestimmen
☐ Nimmt anderen häufig was weg
☐ Zwickt, stößt, schlägt andere
☐ Freundschaften halten nur kurz
☐ Aggressives verhalten
☐ Wird häufig gezwickt, gestoßen, geschlagen
☐ Beschimpft andere oft
☐ Wird oft von anderen beschimpft
☐ Prahlt gerne vor anderen
☐ Zieht sich oft zurück
☐ Wird von anderen wenig beachtet oder gemieden
☐ Kind wird gefürchtet
☐ Kind wird gemobbt

Befand/Befindet sich ihr Kind in der Pubertät: Ja☐ Nein☐
Beginn der Pubertät: Bei Mädchen: Erste Monatsblutung im Alter von_____ Jahren
Bei Jungs: Stimmbruch im Alter von_____Jahren

Vorerkrankungen und Behandlungen

Körpergröße:_____cm

Gewicht:_____kg

Haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen vorgestellt:
z.B: Augenarzt, HNO-Arzt, Psychologe, Familientherapeut, Physiotherapeut, Logopädie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapeut, Kinder- und Jugendpsychiater usw.

Beruf oder Therapiestelle Name, Anschrift	Wann? von-bis	Wegen welcher Erkrankung/ Aus welchem Anlass

Bisher durchgeführte Untersuchungen (ambulant oder stationär):

☐ EEG ☐ Schlaf-Entzugs-EEG ☐ Hörprüfung ☐ Computertomogramm (z.B. Kopf)
☐ EKG ☐ Kernspinntomogramm ☐ Psychologischer-Test ☐ Lese-/ Rechtschreibtest
☐ Leistungstest/Intelligenztest ☐ Andere:_____

In welcher Klinik wurde ihr Kind stationär behandelt:

Anschrift der Klinik	Wann? von-bis	Wegen welcher Erkrankung/ Aus welchem Anlass

Krankheiten/ Unfälle/ Allergien: _____

Nimmt/nahm ihr Kind regelmäßig Medikamente ein:

Medikament	von	bis

Sonstige Betreuung

Welche Hilfen haben Sie schon in Anspruch genommen:

☐ Beratungsstelle _____ Ansprechpartner: _____

☐ Gesundheitsamt _____ Ansprechpartner: _____

☐ Sozialamt _____ Ansprechpartner: _____

☐ Jugendamt/ASD _____ Ansprechpartner: _____

☐ schulpsychologischer Dienst _____ Ansprechpartner: _____

☐ Pflegekinderdienst _____ Ansprechpartner: _____

☐ Sonstiges _____ Ansprechpartner: _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Unterschrift: _____ Datum: _____

Hiermit versichere ich, dass sich mein Kind im Quartal* des vereinbarten Termins <u>nicht</u> in einer anderen kinder- u. jugendpsychiatrischen Praxis, Institutsambulanz oder in sozialpädiatrischer Behandlung, in einem sozialpädiatrischen Zentrum befindet.

*Quartal1 Jan-März, Q2 April-Juni, Q3 Juli-Sep., Q4 Okt.-Dez.

_____

Unterschrift des Sorgeberechtigten

KJP Bad Schwartau

Facharztpraxis
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie, Sozialpsychiatrie
Stephanie Vagedes-Stahl

Sprechzeiten: Mo-Do 9:00-13:00
14:00-18:00
Termine nach Vereinbarung

Eutinerstrasse 1
23611 Bad- Schwartau
Tel.: 0451 / 20 34 48 77
Fax: 0451 / 20 34 48 79

info@kjp-bad-schwartau.de
www.kjp-bad-schwartau.de

Einverständniserklärung zur Behandlung

Zustimmung zur Vorstellung Ihres Kindes - Bitte legen Sie dieses Schreiben dem ausgefüllten Fragebogen bei.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihr Kind und Sie die Termine zur Diagnose bzw. zur Therapie bei dem entsprechenden Arzt und seinen Mitarbeitern in der Praxis wahrnehmen werden. Alle Mitarbeiter der Praxis unterliegen nachweislich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

☐ Ich habe alleiniges Sorgerecht

☐ Wir haben gemeinsames Sorgerecht

Name, Vorname des Kindes:_____

und bin/sind mit der Vorstellung zu fachärztlichen Untersuchungen und Behandlungen meines/unseres Kindes in der Praxis Stephanie Vagedes-Stahl einverstanden.

Wenn beide Eltern sorgeberechtigt sind, müssen beide unterschreiben!

_____

Datum, Unterschrift der Mutter

_____

Datum, Unterschrift des Vaters

Ohne die Unterschrift beider sorgeberechtigter Elternteile dürfen wir Ihr Kind nicht untersuchen oder behandeln. Siehe beiliegendes Merkblatt.

KJP Bad Schwartau

Facharztpraxis
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie, Sozialpsychiatrie
Stephanie Vagedes-Stahl

Sprechzeiten: Mo-Do 9:00-13:00
14:00-18:00
Termine nach Vereinbarung

Eutinerstrasse 1
23611 Bad- Schwartau
Tel.: 0451 / 20 34 48 77
Fax: 0451 / 20 34 48 79

info@kjp-bad-schwartau.de
www.kjp-bad-schwartau.de

Einverständniserklärung

Über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

Sehr geehrte/r Patient/in,
sehr geehrte Eltern,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Sie diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir bereit, dann mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Für den Fall, dass wir von Ihnen keine fristgerechte Absage bekommen und / oder Sie und / oder Ihr Kind zu dem vereinbarten Termin nicht erscheinen, so müssen wir Ihnen einen folgenden Betrag in Rechnung stellen:
- **€ 49 pro vereinbartem, aber ausgefallenem Therapie- oder Diagnostiktermin oder**
- **€ 93 pro vereinbartem, aber ausgefallenem Termin bei Frau Vagedes-Stahl**
- **€ 93 pro vereinbartem, aber ausgefallenem Termin Psychotherapie**

Dieser Betrag entspricht in etwa der regelmäßigen Vergütung für eine KJP-Facharztstunde nach der GOÄ und gibt so auch den Schaden wieder, der uns durch den Ausfall der für Sie und / oder Ihr Kind frei gehaltene, aber nicht genutzte Behandlungsstunde entsteht. Diesen Schaden müssen wir in Rechnung stellen, um unsere Praxis wirtschaftlich aufrecht erhalten zu können. Es bleibt Ihnen unbenommen, uns darzulegen, dass uns in Ihrem Einzelfall ausnahmsweise einmal kein Schaden entstanden ist, zum Beispiel, weil wir die ursprünglich für Sie vorgesehene Behandlungsstunde kurzfristig noch anderweitig vergeben und abrechnen konnten.

An folgende Adresse soll die Rechnung geschickt werden

Name der Hauptversicherten Person: ----------
Adresse: ----------

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden

Bad Schwartau, den

_____

Unterschrift des Patienten, bzw. gesetzlicher Vertreter

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patienten*innen,

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:

KJP Bad Schwartau
Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Sozialtherapie
Eutinerstrasse 1
23611 Bad Schwartau
Tel.: 0451/20 34 48 77, E-Mail: info@kjp-bad-schwartau.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen bzw. Ihrem Kind und Ihrem Arzt/Ärztin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir die personenbezogenen Daten von Ihnen bzw. Ihrem Kind, insbesondere Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychologen oder Therapeuten, bei denen Sie bzw. Ihr Kind in Behandlung sind/ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung bzw. die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN, bzw. DER DATEN IHRES KINDES

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten, bzw. diese Daten Ihres Kindes nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder sie für sich selbst bzw. für Ihr Kind eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten, bzw. der Daten Ihres Kindes, können vor allem 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, bzw. Ihrem Kind erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN, bzw. DER DATEN IHRES KINDES

Wir bewahren Ihre Daten, bzw. die Daten Ihres Kindes 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.

5. IHRE RECHTE, bzw. DIE RECHTE IHRES KINDES

Sie haben, bzw. Ihr Kind hat, das Recht, über die betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie, bzw. Ihr Kind, die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus stehen Ihnen, bzw. Ihrem Kind, unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragung zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten, bzw. der Daten Ihres Kindes, erfolgt auf der Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis, bzw. das von Ihnen als Erziehungsberechtigte erklärte Einverständnis Ihres Kindes. In diesen Fällen haben Sie, bzw. Ihr Kind, das Recht, die Einwilligung für die künftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben, bzw. Ihr Kind hat, ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie oder Ihr Kind der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der betreffenden personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Holstenstrasse 98, 24103 Kiel, Tel.: 0431-9881200; www.datenschutzzentrum.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten, bzw. der Daten Ihres Kindes, sind Art 6 Abs. 1 S. 1 lit. b) und Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie oder Ihr Kind Fragen haben, können Sie oder Ihr Kind sich gerne an uns wenden.

Gelesen und zur Kenntnis genommen:

Datum:_____ Unterschrift:_____

(Patient*in bzw. der / die Erziehungsberechtigte/n)

I. Datenschutz-Einwilligungserklärung für Patientinnen und Patienten

gem. EU-Datenschutz-Grundverordnung vom 25. Mai 2018 (EU-DSGVO) für die Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 6 EU-DSGV) sowie von Gesundheitsdaten (Art. 9 EU-DSGV)

Name/Vornamen:_____ geb. am:_____

Hiermit erkläre ich mich für meine Person und für meine o. a. minderjährige Tochter / meinen o. a. minderjährigen Sohn damit einverstanden, dass die KJP Bad Schwartau Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Sozialpsychiatrie alle für die ärztliche Behandlung erforderlichen Daten (z.B. Name, Alter, Adresse, Versicherungsdaten, ggf. notwendige Angaben zur körperlichen und seelischen Gesundheit und Entwicklung) an kooperierende Ärzte, Psychologen, Pädagogen und andere bei der Behandlung hinzugezogene Therapeuten sowie an zuständige amtliche Stellen (z.B. Jugendamt), Versicherungen und Einrichtungen (z.B. Krankenkassen, Kliniken, Schulen, Kindergärten) weitergeben darf zum
Zweck der Erbringung und Übermittlung von erforderlichen fachlichen Einschätzungen, Empfehlungen und Mitteilungen sowie zur Abrechnung von ärztlichen und therapeutischen Leistungen im Rahmen der Behandlung.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die genannten Daten in Einzelfällen zur rascheren Übermittlung und zur Optimierung der Behandlung auch auf folgenden Wegen an die vorgenannten Personen, amtliche Stellen und Einrichtungen versendet werden dürfen:

Ja ( ) Nein ( ) per Telefax

Ja ( ) Nein ( ) per E-Mail (unverschlüsselt)

II. Einwilligungserklärung zur Kommunikation mit der KJP Bad Schwartau Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Psychotherapie und Sozialpsychiatrie

Hiermit erkläre ich mich für meine Person und für meine o. a. minderjährige Tochter / meinen o. a. minderjährigen Sohn damit einverstanden, dass die KJP Bad Schwartau Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Sozialpsychiatrie mit uns in Kontakt treten und kommunizieren darf (Bitte mobile Telefonnummer und E-Mail-Adresse angeben):

Ja ( ) Nein ( ) per E-Mail (unverschlüsselt): _____

Ja ( ) Nein ( ) per SMS unter Mobilfunknummer: _____

Ja ( ) Nein ( ) Terminerinnerung per Mail gewünscht: _____

Ich kann meine o. a. Einwilligungserklärungen jederzeit einzeln oder zusammen, ganz oder zum Teil und ohne Angaben von Gründen widerrufen.

Datum:_____ Unterschrift:_____
(Patient*in bzw. der / die Erziehungsberechtigte/n)

KJP Bad Schwartau

Facharztpraxis
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie, Sozialpsychiatrie
Stephanie Vagedes-Stahl

Sprechzeiten: Mo-Do 9:00-13:00
14:00-18:00
Termine nach Vereinbarung

Eutinerstrasse 1
23611 Bad- Schwartau
Tel.: 0451 / 20 34 48 77
Fax: 0451 / 20 34 48 79

info@kjp-bad-schwartau.de
www.kjp-bad-schwartau.de

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis von Frau Vagedes-Stahl

(nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V)

Versicherter

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aufklärung des Versicherten:

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. dem u.g. behandelten Arzt) freiwillig.
- Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aus Datenschutzrechtlichen Gründen ist es verboten, das Gespräch der Videosprechstunde aufzuzeichnen oder zu filmen – Verstöße dagegen können strafrechtlich verfolgt werden.
- Das Gespräch unterliegt, wie bei der herkömmlichen Sprechstunde, der ärztlichen Schweigepflicht.
- Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter (RED Connect) der besondere Sicherheitsanforderungen (Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, Peer-to-peer-Verbindung) erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass eine datenverschlüsselte Videoverbindung mit dem Arzt aufgebaut wird und niemand anderes mit hört/sieht.

Bitte wenden ➡

Einverständniserklärung des Versicherten

Hiermit erkläre ich,

- Dass ich vom u.g. Leistungserbringer entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V) informiert wurde (s.o. Aufklärung des Versicherten).
- Dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen Leistungserbringer (d.h. den Arzt meines Kindes) einwillige.
- Dass die, meine Person betreffenden, Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die **RED Medical Systems GmbH (**Lutzstraße 2, 80687 München) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
- Hinweis: RED Medical hat **keinen** Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei meinem Leistungserbringer widerrufen kann.

_____	_____
Ort, Datum	Ort, Datum
_____	_____
Unterschrift des Versicherten / gesetzlicher Vertreter	Unterschrift und Stempel der Ärztin der KJP Praxis Bad Schwartau

KJP Bad Schwartau

Facharztpraxis
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie, Sozialpsychiatrie
Stephanie Vagedes-Stahl

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich/wir _____ geb. am _____

die Mitarbeiter der Facharztpraxis für KJP Stephanie Vagedes-Stahl bzgl. meines Kindes

_____ geb. am _____

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen und Institutionen

Schule: _____ Tel: _____

Arzt: _____ Tel: _____

_____ Tel: _____

Therapeuten: _____ Tel: _____

_____ Tel: _____

Kliniken: _____ Tel: _____

Jugendamt/: _____ Tel: _____
Allg. soz. Dienste

Ich bin mit einem gegenseitigen mündlichen und schriftlichen Austausch über mein Kind einverstanden. Behandlungsrelevante Unterlagen dürfen gegenseitig übermittelt werden.

Bad Schwartau, den _____
(Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in)