

Praxis Dr. Aydincioglu	FB_Anmeldeformular	Bearbeiter: Dr. Aydincioglu Stand: 25.08.2021 Version: 8 Seite: 1 von 9 Freigabe auf Seite 1
Geburtsdatum:	<u>Name des Kindes:</u>	

Dr. med. Günay Aydincioglu
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Am Markt 15
59597 Erwitte

Vorname des Kindes: _____

Name: _____

Geb. am: _____ Geschlecht: _____

Straße, Haus-Nr: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

FRAGEBOGEN

Um uns auf Ihren Termin vorzubereiten sind für uns einige Informationen notwendig und wichtig.
 Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben streng vertraulich behandeln.
 Für Ihre Mithilfe bedanken wir uns.

Angaben zur Familie

Vor- und Nachname des Vaters:

Geburtsjahr, Beruf

Vor- und Nachname der Mutter

Geburtsjahr, Beruf

Verheiratet seit

Getrennt/geschieden seit:

Praxis Dr. Aydincioglu	FB_Anmeldeformular	Bearbeiter: Dr. Aydincioglu Stand: 25.08.2021 Version: 8 Seite: 2 von 9 Freigabe auf Seite 1
Geburtsdatum:	<u>Name des Kindes:</u>	

Name des Kindes:

Sorgerecht liegt bei: Mutter Vater

Kind lebt bei:

Geschwister:

(Alter und Geschlecht)

.....

Kinderarzt/Hausarzt d. Kindes:

.....

Kindergarten/Schulische Situation

Das Kind besucht zurzeit: Kindergarten Schule

Klasse: Schultyp:

Wiederholungen:

Vorstellungsgründe

Was sind die aktuellen Gründe der Vorstellung? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt Ihr Kind?

.....

.....

.....

Haben Sie sich schon an andere Stellen gewandt?

Erziehungsberatungsstelle Jugendamt Sozialamt Schule

Gesundheitsamt Kinderarzt Psychologe oder sonstige Stellen wie:

.....

.....

Praxis Dr. Aydincioglu	FB_Anmeldeformular	Bearbeiter: Dr. Aydincioglu Stand: 25.08.2021 Version: 8 Seite: 4 von 9 Freigabe auf Seite 1
Geburtsdatum:	<u>Name des Kindes:</u>	

Sehr geehrte Eltern bzw. Sorgeberechtigter,

für Ihr Vertrauen in unsere Praxis bedanken wir uns zunächst einmal und müssen Sie bei dieser Gelegenheit auf einen wichtigen Punkt aufmerksam machen:

Wir können mit der Untersuchung, Diagnostik und ggf. Therapie Ihres Kindes nur dann beginnen, wenn das schriftliche Einverständnis aller sorgeberechtigten Personen vorliegt.

Nur dann ist die rechtliche Grundlage für die Behandlung Ihres Kindes gegeben.

Eine Terminierung zum Erstgespräch ist erst möglich, wenn uns alle Formulare unterschrieben vorliegen. Schicken Sie uns bitte deshalb die unten aufgeführte Erklärung, sowie die weiteren Formulare vor Terminierung zu.

Einverständniserklärung

Wir sind mit der Behandlung in der Praxis Dr. med. Günay Aydincioglu einverstanden. Wir sind darüber aufgeklärt, dass wir diese Einwilligung jederzeit widerrufen können!

Sollte ein alleiniges Sorgerecht der Mutter bzw. des Vaters bestehen wird eine entsprechende Bescheinigung benötigt. Diese erhalten Sie beim Jugendamt / Abteilung Beistand.

Bitte die kompletten Namen und Adressen der Eltern bzw. der Sorgeberechtigten aufführen!

Name, Vorname (Kind):

Name, Vorname (Vater):

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ und Wohnort:

Telefon:

Name, Vorname (Mutter):

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ und Wohnort:

Telefon:

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten)

Die Unterschrift mit Ort und Datum aller Sorgeberechtigten ist zwingend erforderlich!

Praxis Dr. Aydincioglu	FB_Anmeldeformular	Bearbeiter: Dr. Aydincioglu Stand: 25.08.2021 Version: 8 Seite: 5 von 9 Freigabe auf Seite 1
Geburtsdatum:	<u>Name des Kindes:</u>	

Schweigepflichtsentbindung:

Hiermit entbinden wir die behandelnde Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie Frau Dr. med. Günay Aydincioglu sowie die behandelnden Therapeuten der Praxis von der ärztlichen **Schweigepflicht und willigen ein**, dass Sie bei Vorbehandlern bzw. zuständigen Institutionen Informationen und Beobachtungsdaten zum Zweck der weiteren Behandlung unseres Kindes einholen und übermitteln darf.

Wir sind darüber aufgeklärt, dass wir diese Einwilligung jederzeit widerrufen können!

**Folgende Institutionen entbinden wir für unser Kind _____
(Name des Kindes) von der Schweigepflicht:**

Vorbehandler/ Institution/ Schule	Ansprechpartner	Adresse	Telefonnummer

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten)

(Unterschrift des Patienten, wenn 14 Jahre oder älter)

Die Unterschrift mit Ort und Datum aller Sorgeberechtigten und Patienten über 14 Jahren ist zwingend erforderlich!

Praxis Dr. Aydincioglu	FB_Anmeldeformular	Bearbeiter: Dr. Aydincioglu Stand: 25.08.2021 Version: 8 Seite: 6 von 9 Freigabe auf Seite 1
Geburtsdatum:	<u>Name des Kindes:</u>	

Verdienstausfall-Vereinbarung

Ärztliche Information:

Meine Praxis wird als reine Einbestellpraxis geführt, das heißt, wir haben für Ihr Kind und Sie einen **festen Termin** für das Erstvorstellungsgespräch eingerichtet. Der Termin kann einen Zeitrahmen von 30 Minuten, 45 Minuten oder 90 Minuten umfassen.

An diesem Termin wird die weitere Diagnostik für ihr Kind geplant und die dafür erforderlichen Termine eingerichtet.

Für den weiteren Ablauf ist es daher absolut notwendig, dass Sie und ihr Kind diese Termine einhalten, bzw. dass Sie die **Termine bis spätestens 24 Stunden vorher absagen**.

Wird ein Termin von Ihnen nicht frühzeitig genug abgesagt, so entsteht ein Ausfallschaden, da für diese Zeit kein anderer Patient kurzfristig einbestellt werden kann.

Ich bin daher gezwungen, die reservierten Stunden, die vom Patienten oder dessen Sorgeberechtigten **unentschuldigt** nicht wahrgenommen werden, privat in Rechnung zu stellen.

Kosten: 80,00 Euro

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten zur Verdienstaussfall-Vereinbarung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir der Verdienstaussfall mit 80,00 Euro in Rechnung gestellt wird, falls ich den vereinbarten Termin nicht rechtzeitig absage!

(Name des Kindes)

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten)

Die Unterschrift mit Ort und Datum aller Sorgeberechtigten ist zwingend erforderlich!

Praxis Dr. Aydincioglu	FB_Anmeldeformular	Bearbeiter: Dr. Aydincioglu Stand: 25.08.2021 Version: 8 Seite: 7 von 9 Freigabe auf Seite 1
Geburtsdatum:	<u>Name des Kindes:</u>	

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Sorgeberechtigten,

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:

Praxisname: Dr. med. Günay Aydincioglu

Adresse: Am Markt 15, 59597 Erwitte,

Tel.: 02943 977600,

E-Mail: kontakt@praxis-aydincioglu.de

Sie erreichen die zuständigen Ansprechpartner für den Datenschutz unter:

Praxisname: Dr. med. Günay Aydincioglu

Adresse: Am Markt 15, 59597 Erwitte,

Tel.: 02943 977600,

E-Mail: kontakt@praxis-aydincioglu.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt 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, 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.

<u>Name des Kindes:</u>	Geburtsdatum:
--------------------------------	----------------------

Praxis Dr. Aydincioglu	FB_Anmeldeformular	Bearbeiter: Dr. Aydincioglu Stand: 25.08.2021 Version: 8 Seite: 8 von 9 Freigabe auf Seite 1
Geburtsdatum:	<u>Name des Kindes:</u>	

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

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 Zwecke 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 berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre 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, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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. Sie haben aber das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

<u>Name des Kindes:</u>	Geburtsdatum:
--------------------------------	----------------------

Praxis Dr. Aydincioglu	FB_Anmeldeformular	Bearbeiter: Dr. Aydincioglu Stand: 25.08.2021 Version: 8 Seite: 9 von 9 Freigabe auf Seite 1
Geburtsdatum:	<u>Name des Kindes:</u>	

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 b DSGVO. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

7. ZUSTIMMUNG DURCH DEN NUTZER

Hiermit wird versichert, dass wir,

Name, Vorname (Vater): _____

Name, Vorname (Mutter): _____

Name, Vorname (andere Sorgeberechtigte): _____

der Erhebung und der Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch die Praxis zustimmen und das eine Belehrung über die Rechte mit diesem Infoschreiben durchgeführt wurde.

8. ANHANG ZUR DATENSCHUTZVERORDNUNG

Im Rahmen eines therapeutischen Verfahrens ist es uns nicht möglich, Ihnen als Sorgeberechtigten, Einblick in die Inhalte der Therapiestunden zu geben.

Dies würde Therapie mit Ihrem Kind unmöglich machen. Der Therapieraum ist geschützt und auch Jugendliche haben ein Anrecht auf Schweigepflicht.

Im Falle einer vorliegenden, **unmittelbaren** Gefährdung (Eigen- und/oder Fremdgefährdung) ist die Schweigepflicht nachrangig zu betrachten. In diesem Fall geht es darum, das Leben des Jugendlichen oder Anderer zu schützen.

Regelungen zur Schweigepflicht:

§ 203 Strafgesetzbuch (StGB)

§ 8 der Berufsordnung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten)

(Unterschrift des Patienten, wenn 14 Jahre oder älter)

<u>Name des Kindes:</u>	Geburtsdatum:
--------------------------------	----------------------