

Dr. med. Günay Aydincioglu Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychi- atrie /-psychotherapie 59597 Erwitte, Am Markt 15 Tel: 02943/97 760-0, Fax: 97 760-22	FB_Anmeldeformular	Erstellt von: AB Stand: 19.11.2025 Version: 11 Seite: 1 von 11 Freigegeben am: 19.11.2025
--	---------------------------	---

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:

Sorgerecht liegt bei: ☐ Mutter ☐ Vater ☐

Kind lebt bei:

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

Dr. med. Günay Aydincioglu Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychi- atrie /-psychotherapie 59597 Erwitte, Am Markt 15 Tel: 02943/97 760-0, Fax: 97 760-22	FB_Anmeldeformular	Erstellt von: AB Stand: 19.11.2025 Version: 11 Seite: 2 von 11 Freigegeben am: 19.11.2025
--	---------------------------	---

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:

.....

.....

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

Dr. med. Günay Aydincioglu Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychi- atrie /-psychotherapie 59597 Erwitte, Am Markt 15 Tel: 02943/97 760-0, Fax: 97 760-22	FB_Anmeldeformular	Erstellt von: AB Stand: 19.11.2025 Version: 11 Seite: 4 von 11 Freigegeben am: 19.11.2025
--	---------------------------	---

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 be-
ginnen, 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 unterschrie-
ben 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 (Vater):

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ und Wohnort:

Telefon:

Name, Vorname (Mutter):

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ und Wohnort:

Telefon:

(Ort, Datum)

(Unterschrift beider Elternteile/Sorgeberechtigten)

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

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

Dr. med. Günay Aydincioglu Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie /-psychotherapie 59597 Erwitte, Am Markt 15 Tel: 02943/97 760-0, Fax: 97 760-22	FB_Anmeldeformular	Erstellt von: AB Stand: 19.11.2025 Version: 11 Seite: 5 von 11 Freigegeben am: 19.11.2025
---	---------------------------	---

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 beider Elternteile/Sorgeberechtigten)

 (Unterschrift des Patienten/der Patientin, wenn 14 Jahre oder älter)

**Die Unterschrift mit Ort und Datum ALLER Sorgeberechtigten und Patienten/
 Patientinnen über 14 Jahren ist zwingend erforderlich!**

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

Dr. med. Günay Aydincioglu Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychi- atrie /-psychotherapie 59597 Erwitte, Am Markt 15 Tel: 02943/97 760-0, Fax: 97 760-22	FB_Anmeldeformular	Erstellt von: AB Stand: 19.11.2025 Version: 11 Seite: 6 von 11 Freigegeben am: 19.11.2025
--	---------------------------	---

Verdienstaussfall-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 beider Elternteile/Sorgeberechtigten)

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

<u>Name des Kindes:</u> <div style="height: 40px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>	Geburtsdatum: <div style="height: 40px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>
---	---

Dr. med. Günay Aydincioglu Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychi- atrie /-psychotherapie 59597 Erwitte, Am Markt 15 Tel: 02943/97 760-0, Fax: 97 760-22	FB_Anmeldeformular	Erstellt von: AB Stand: 19.11.2025 Version: 11 Seite: 7 von 11 Freigegeben am: 19.11.2025
--	---------------------------	---

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:

Dr. med. Günay Aydincioglu Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie /-psychotherapie 59597 Erwitte, Am Markt 15 Tel: 02943/97 760-0, Fax: 97 760-22	FB_Anmeldeformular	Erstellt von: AB Stand: 19.11.2025 Version: 11 Seite: 8 von 11 Freigegeben am: 19.11.2025
---	---------------------------	---

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 berechnete 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 Paragraph 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:
--	------------------------------

Dr. med. Günay Aydincioglu Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychi- atrie /-psychotherapie 59597 Erwitte, Am Markt 15 Tel: 02943/97 760-0, Fax: 97 760-22	FB_Anmeldeformular	Erstellt von: AB Stand: 19.11.2025 Version: 11 Seite: 9 von 11 Freigegeben am: 19.11.2025
--	---------------------------	---

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 zu-
zustimmen und dass eine Belehrung über die Rechte mit diesem Infoschreiben durchge-
führt wurde.

8. ANHANG ZUR DATENSCHUTZVERORDNUNG

Im Rahmen eines therapeutischen Verfahrens ist es uns nicht möglich, Ihnen als Sorgebe-
rechtigten, 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 Fremdgefähr-
dung) 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 beider Elternteile/Sorgeberechtigten)

(Unterschrift des Patienten/der Patientin, wenn 14 Jahre oder älter)

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

Dr. med. Günay Aydincioglu Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie /-psychotherapie 59597 Erwitte, Am Markt 15 Tel: 02943/97 760-0, Fax: 97 760-22	FB_Anmeldeformular	Erstellt von: AB Stand: 19.11.2025 Version: 11 Seite: 10 von 11 Freigegeben am: 19.11.2025
---	---------------------------	--

ACHTUNG

Sie müssen aktiv entscheiden, ob wir hochsensible Daten über Ihre Kinder in die „elektronische Patientenakte (ePA)“ speichern müssen!

Das Problem

Ihr Kind ist in unserer Praxis in Behandlung, weil eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychische Störung besteht oder eine solche zumindest vermutet wird. Bei der Behandlung in unserer Praxis entstehen hochsensible persönliche Gesundheitsdaten, bei denen – sofern sie öffentlich bekannt werden – ein Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung besteht.

Die Gesetzeslage

Ohne einen aktiven Widerspruch erhielt jede/r gesetzlich Versicherte seit Januar 2015 eine elektronische Patientenakte (ePA). In der Folge wird diese automatisch mit medizinischen / therapeutischen Daten gefüllt. Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind per Gesetz verpflichtet, die ePA unaufgefordert mit Befundberichten aus diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und im Verlauf weiteren Daten zu befüllen. Zudem wird u.a. jedes eRezept für Ihr Kind automatisch in der ePA gespeichert, auch werden von den Krankenkassen automatisch Diagnosen, Abrechnungsdaten und Medikationslisten in die ePA eingestellt.

Die Risiken

Um über die Risiken zu informieren sind wir vom Gesetzgeber verpflichtet Sie darauf hinzuweisen, dass es sich bei Daten aus unserer Behandlung um sogenannte hochsensible Daten handelt, bei denen ein Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden besteht. Denn jede Arztpraxis, jede Therapiepraxis, jedes Krankenhaus, in dem Ihr Kind jetzt oder auch nach Volljährigkeit behandelt wird, kann Daten einsehen, die in der ePA enthalten sind. Ebenso kann dies auch jede Apotheke, in der Sie z.B. elektronische Rezepte einlösen.

Unsere Meinung

Für Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben die ärztliche Schweigepflicht und der vertrauliche Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten oberste Priorität! Wir als Praxis haben erhebliche Bedenken in Bezug auf die Sicherheit der hochsensiblen Daten aus unserer Tätigkeit in der ePA.

Aus den dargelegten Gründen empfehlen wir Ihnen, die Entscheidung extrem gründlich zu überdenken, die hochsensiblen Daten aus der Behandlung in unserer Praxis in die ePA einfließen zu lassen. Es handelt sich um Informationen der höchsten Vertraulichkeit und damit um Informationen, die leider immer noch zu Stigmatisierung und Diskriminierung führen können.

Sofern auch Sie Bedenken in Bezug auf die ePA haben, können Sie von Ihrem generellen Widerspruchsrecht gegen die Einrichtung einer elektronischen Patientenakte für Ihr Kind Gebrauch bei Ihrer Krankenkasse machen. Zumindest aber können Sie Daten aus der Behandlung in unserer Praxis NICHT in der elektronischen Patientenakte speichern lassen.

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

Dr. med. Günay Aydıncioglu Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie /-psychotherapie 59597 Erwitte, Am Markt 15 Tel: 02943/97 760-0, Fax: 97 760-22	FB_Anmeldeformular	Erstellt von: AB Stand: 19.11.2025 Version: 11 Seite: 11 von 11 Freigegeben am: 19.11.2025
---	---------------------------	--

Erklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA) für die Patientin/den Patienten

 Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

bei Alter unter 14 Jahren vertreten durch ☐ Sorgeberechtigte/r ☐ gesetzliche/r Vertreter/in

 Name, Vorname, Geburtsdatum (aller Sorgeberechtigten)

Ich wurde ausführlich über die hohe Sensibilität der Daten aus der Behandlung in dieser Praxis informiert und darüber, dass das Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden dieser Daten besteht. Das Gesetz räumt explizit die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Einrichtung einer ePA ein.

- ☐ Ich habe gegenüber der zuständigen Krankenkasse Widerspruch gegen die Einrichtung einer ePA eingelegt bzw. werde dies tun.

Hinweis: Dies müssen Sie bitte direkt gegenüber Ihrer Krankenkasse anzeigen.

Alternative 1

Alternativ dazu gibt das Gesetz die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Übermittlung und Speicherung von Daten, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann.

(Achtung: Dennoch wird Ihre Krankenkasse automatisch u.a. von uns erstellte Diagnosen in die ePA einstellen.)

- ☐ In der hiesigen Facharztpraxis wurde ich auf diese Möglichkeit hingewiesen. Ich möchte von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Ich wünsche keinerlei Daten über die fachärztliche / therapeutische Behandlung in meine / die ePA meines Kindes zu übertragen.

Hinweis: Dieser Widerspruch kann jederzeit widerrufen werden.

Alternative 2

- ☐ Ich bin auf die Möglichkeit des Widerspruchs hingewiesen worden, stimme aber trotz der Gefahr und des Risikos von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden dieser Daten ausdrücklich der automatisierten Speicherung von dafür vorgesehenen Daten aus der fachärztlichen / therapeutischen Behandlung in meine / die ePA meines Kindes zu. **Gleichzeitig entbinde ich die Praxis und ihre Mitarbeiter von jeglicher Haftung durch Folgen der Nutzung der elektronischen Patientenakte.**

- ☐ Folgende zusätzliche Informationen (Patientenwunsch) sollen in die ePA eingestellt werden:

Wir benötigen die Unterschrift ALLER SORGEBERECHTIGTEN und ab einem Alter von 14 Jahren ebenfalls die des Patienten/der Patientin!

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient/Patientin (wenn 14 Jahre oder älter)

 Unterschrift Mutter/gesetzlicher Vertreter

 Unterschrift Vater

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