



Unterlagen für den Wiedervorstellungstermin

Sehr geehrte Damen und Herren,

um den anstehenden Wiedervorstellungstermin in unserer Praxis verbindlich planen zu können, bitte wir Sie, die nachfolgenden Unterlagen spätestens eine Woche vor Ihrem Termin vollständig und unterschrieben bei uns in der Praxis einzureichen.

Bitte beachten Sie:

Der fristgerechte Eingang der Unterlagen gilt als verbindliche Terminbestätigung. Sollten die Unterlagen nicht rechtzeitig bei uns eingehen, gehen wir davon aus, dass der Termin nicht mehr benötigt wird und vergeben diesen ggf. neu.

Erforderliche Unterlagen:

1. Ausgefüllter Patientenmeldebogen
2. Einverständniserklärung für Ausfalltermine
3. Einverständniserklärungen zur Behandlung und Schweigepflichtsentbindung
4. Datenschutzerklärung

Unverzichtbare Voraussetzung :

Die Behandlung kann nur stattfinden, wenn Behandlungs- und Einverständniserklärung von beiden Erziehungsberechtigten zum Wiedervorstellungstermin unterschrieben vorliegen.

Sollte das Sorgerecht nur bei einem Elternteil liegen, ist ein entsprechendes Dokument (Gerichtsbeschluss/ Bescheinigung des Jugendamtes) vorzulegen.

Wichtiger Hinweis:

Liegt keine beidseitige Unterschrift oder kein gültiger Sorgerechtsnachweis vor, kann der Termin nicht stattfinden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam Gerald S. Langner

1) Patient/in Name..... Vorname.....geb.am:.....

Staatsangehörigkeit..... Religion.....

Anschrift.....

Tel..... Mobil Nr.....

Zur Zeit in

Kindergarten.....

Schule..... Klasse..... Anzahl Schuljahre.....

Übermittagsbetreuungsort..... bis Uhr

Ausbildung.....

2) behandelnde/r Kinderarzt/Kinderärztin oder Hausarzt/Hausärztin

.....

3) Vorbehandlungen

- Zentrum für Frühförderung (FFZ)
 sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
 Kinder und Jugendpsychiatrie (Praxis Klinik
 Psychotherapie

- Sprachtherapie/Logopädie
 Ergotherapie
 Jugendhilfe (ambulant stationär
 andere.....

4) Leibliche Eltern

	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Tel/Mobil		
Mail		
Staatsangehörigkeit		
Schulabschluss		
Beruf		
Jetzige Tätigkeit		

gemeinsamer Haushalt: Ja Nein

gemeinsames Sorgerecht: Ja Nein

andere Bezugspersonen in Zweitelternfunktion: Ja Nein



5) Geschwister

Name	m/w	Geb.Datum	Kiga/Schulform	Klasse	Ausbildung/Beruf

6) Weshalb stellen Sie Ihr Kind zur Untersuchung vor?

.....

.....

.....

.....

Es zeigt folgende Auffälligkeiten (in Stichworten):

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Ich wurde über meine Rechte in Bezug auf Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten / Daten von meiner /-em Sorgeberechtigten informiert und bin mit Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten durch das Praxispersonal aus der Praxis Gerald Langner einverstanden.

Patientenname:.....

.....
Datum und Unterschrift Elternteil I / Elternteil II

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxis Gerald Siegmar Langner, Vogelsangerstr. 106-108, 50823 Köln, Tel: 0221 5708330

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte, Frau Lea Kämpken unter:

Anschrift: Praxis Gerald Langner, Vogelsangerstr. 106-108, 50823 Köln, Tel.: 0221 5690975

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, Therapievorschlüsse 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.

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.

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 diesen Fällen 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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

LDI NRW Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf.

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an das Praxisteam oder Datenbeauftragte wenden.



**Einverständniserklärung zum Ausfallhonorar
(bezieht sich nicht auf die Behandlung sondern gilt nur für Ausfalltermine)**

Ich bin damit einverstanden, dass für jeden nicht wahrgenommenen bzw. nicht abgesagten Termin pro Stunde ein Ausfallhonorar in Höhe von 35€ bzw. bei Doppelstundenterminen entsprechend 70€ in Rechnung gestellt wird.

Als abgesagt gilt:

- Der Termin wurde spätestens einen Tag vorher bis 12:00 Uhr abgesagt. (Montagstermine können am Wochenende auf unserem Anrufbeantworter oder per Mail abgesagt werden)
- Der Termin wurde aus Krankheitsgründen am gleichen Tag abgesagt, es wurde ein ärztliches Attest vorgelegt. (Atteste können bis maximal 10 Tage nach dem verstrichenen Termin per Post oder persönlich in der Praxis eingereicht werden).

Termine können telefonisch (auch auf Anrufbeantworter), persönlich in der Praxis oder per E-Mail abgesagt werden.

Patient (Name/Geb. Datum):.....

Rechnungsempfänger (Name/Geb.Datum).....

Anschrift.....

Unterschrift Rechnungsempfänger/in.....

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtsentbindung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS). Remscheider Str.16. 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen., die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung im eigenen Namen, zieht die Honorarforderung auf eigene Rechnung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers. welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung. Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift. Geburtsdatum. Kostenträger. evtl. Tarife, Behandlungstage. Erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Rechnungsempfänger



Behandlungserklärung

Ich bin mit der Diagnostik und Behandlung meines Sohnes/Tochter

Patientenname:..... geb. am.....

in der Praxis Gerald S. Langner, Vogelsanger Straße 106-108, 50823 Köln, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift sorgeberechtigter Elternteil I

.....
Name in Druckbuchstaben

.....
Unterschrift sorgeberechtigter Elternteil II

.....
Name in Druckbuchstaben

.....
ggf. Unterschrift des Vormundes

Diese Erklärung kann ich jederzeit und ohne Begründung widerrufen.



Schweigepflichtsentbindung

Name des Kindes..... Geb. Datum.....

Hiermit entbinde ich als Sorgeberechtigte/r die Behandler der Praxis Langner von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf mein Kind gegenüber der

Schule.....

Name Lehrerin.....

Tel. / Mail.....

Kindergarten/Hort/Übermittagsbetreuung (Name der Einrichtung)

.....

Ansprechpartner.....

Tel. / Mail.....

Praxis.....

Ansprechpartner.....

Tel. / Mail.....

Sonstiges (Bitte Namen & Kontaktdaten angeben)

.....

.....

Amt für Kinder, Jugend & Familie Bezirk

.....

Ansprechpartner.....

Tel. / Mail.....

Ich bin damit einverstanden, dass die angegebenen Institutionen den Therapeuten der Praxis Langner Auskünfte über mein Kind erteilen.

Diese Erklärung kann ich jederzeit und ohne Begründung schriftlich widerrufen.

Datum

Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteil I

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Name des sorgeberechtigten Elternteil II

Name in Druckbuchstaben

ggf. Unterschrift des Vormundes