

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Eltern/ Sorgeberechtigten,

Sie haben uns Ihr Kind auf Grund von vermuteten oder bestehenden Schwierigkeiten in seiner psychischen Entwicklung vorgestellt. Nach aktueller Rechtsprechung ist die kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung keine Angelegenheit des täglichen Lebens, d.h. dass für eine erforderliche Behandlung die Sorgeberechtigten ihr Einverständnis schriftlich geben müssen. Dieses gilt auch bei getrennt lebenden/geschiedenen Eltern, wenn beide sorgeberechtigt sind.

Wir bitten Sie daher, uns zum nächsten Termin die untenstehende Einverständniserklärung unterzeichnet zurückzugeben. Vielen Dank

Das Praxisteam

Hiermit bestätige(n) ich(wir), dass ich mit der Vorstellung meines Kindes

_____ , _____ geb. _____
Nachname Vorname Geb. Datum des Kindes

zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggfs. weiterführenden Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. Tria einverstanden bin/sind.

Ich/Wir versichere(n), dass sich unser Kind derzeit nicht in einer bereits laufenden Behandlung in einem sozialpsychiatrischen Zentrum, einer psychiatrischen Institutsambulanz oder einer anderen SPV - Einrichtung befindet.

Kindsmutter:

(wenn nicht leiblichen Eltern: Personensorgeberechtigter)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Kindsvater:

(wenn nicht leiblichen Eltern: Personensorgeberechtigter)

Datum: _____

Unterschrift: _____

ich bin alleine sorgeberechtigt

(**Volljährige** Patienten bitte hier unterschreiben)

Unterschrift: _____

Bitte beachten Sie auch die nachstehenden Informationen zum Datenschutz. Diese sind ebenfalls von **ALLEN** Sorgeberechtigten zu unterschreiben und zum nächsten Termin zurückzugeben.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

-Name des Kindes/Patienten-

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Im Folgenden informieren wir Sie darüber, 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:

Dr. Antje Tria, Heinrich-Nordhoff-Str. 99, 38440 Wolfsburg

Telefon 0 53 61/8 67 88 11, Telefax 0 53 61/8 67 88 10, info@praxis-antje-tria.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben (zB EU-DatenschutzGrundverordnung – DSGVO), 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.

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, Kassenarztlliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztlliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen und zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. 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.

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 zukunfftige 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:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstrae 5 30159 Hannover

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 gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam Dr. Antje Tria

Einwilligung zur Verarbeitung von Patientendaten

Hiermit willige/n ich/wir ein, dass die behandelnde Kinder- und Jugendpsychiaterin die erhobenen Patientendaten elektronisch speichern und verarbeiten darf und vertretungshalber, sowie im Rahmen von Supervisionen und z.B. Dienstbesprechungen, mit der/den Kollegin/nen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Tochter/ meinen Sohn austauschen darf, soweit dies für die Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst alle in der Praxisgemeinschaft tätigen Personen.

Ich habe die obigen Hinweise gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen und stimme der Speicherung auf Grundlage der Datenschutzgrundverordnung zu.

Kindsmutter:

(wenn nicht leiblichen Eltern: Personensorgeberechtigter)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Kindsvater:

(wenn nicht leiblichen Eltern: Personensorgeberechtigter)

Datum: _____

Unterschrift: _____

- ich bin alleine sorgeberechtigt

(Volljährige Patienten bitte hier unterschreiben)

Unterschrift: _____

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass es aus Datenschutzrechtlichen Gründen untersagt ist, in unserer Praxis Foto und/oder Videoaufnahmen zu machen. Dies betrifft Praxispersonal und Patienten/Angehörige/Begleiter.

Kindsmutter:

(wenn nicht leiblichen Eltern: Personensorgeberechtigter)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Kindsvater:

(wenn nicht leiblichen Eltern: Personensorgeberechtigter)

Datum: _____

Unterschrift: _____

(Volljährige Patienten bitte hier unterschreiben)

Unterschrift: _____