



Sozialpsychiatrische Gemeinschaftspraxis
 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Psychotherapie
 Stefan Schreiber
 Dr. med. Marit Vogler dos Santos
 Katharina Jakob

Sozialpsychiatrische Gemeinschaftspraxis · Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
 S. Schreiber, Dr. med. M. Vogler dos Santos, K. Jakob · D44319 Dortmund, Asselner Hellweg 185

Sozialpsychiatrische Gemeinschaftspraxis
 Schreiber, Dr. med. Vogler dos Santos, Jakob

Asselner Hellweg 185
 44319 Dortmund

Praxis Dortmund-Asseln
 Ärztliche Leitung
 Dr. med. Marit Vogler dos Santos, Katharina Jakob
 44319 Dortmund-Asseln
 Asselner Hellweg 185
 Tel. 0231 39 58 675
 Fax 0231 39 58 676

Praxis Dortmund-Gartenstadt
 Ärztliche Leitung
 Stefan Schreiber
 44141 Dortmund-Gartenstadt
 Brockhausweg 13
 Tel. 0231 28 65 830
 Fax 0231 28 65 8311

info@gemeinschaftspraxis-jsd.de
 www.gemeinschaftspraxis-jsd.de

Fragebogen zum Erstgespräch / Seite 1 v. 3

Sehr geehrte Eltern!

Um unser erstes Gespräch besser vorbereiten zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung untenstehender Fragen (Bitte auch 2. Seite beachten). Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Name des Kindes / Nachname: _____	Vorname : _____	Geb.: _____
Adresse: _____	Telefon: _____	
Name des Haus- oder Kinderarztes: _____		Telefon: _____
Adresse: _____		
Krankenkasse: _____	versichert durch: _____	
Geb.- Datum des Versicherten: _____	Arbeitgeber des Versicherten: _____	
Name der Mutter: _____	Alter*: _____	Beruf*: _____
Adresse: _____	Telefon/Mobil*: _____	
Name des Vaters: _____	Alte*: _____	Beruf*: _____
Adresse: _____	Telefon/Mobil*: _____	
Name der <input type="checkbox"/> Stief- <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegemutter: _____	Alter*: _____	Beruf*: _____
Adresse: _____	Telefon/Mobil*: _____	
Name des <input type="checkbox"/> Stief- <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegevaters: _____	Alter*: _____	Beruf*: _____
Adresse: _____	Telefon/Mobil*: _____	
Geschwister, Name: _____	Alter: _____	
_____	Alter: _____	
_____	Alter: _____	

* Freiwillige Angaben



Fragebogen zum Erstgespräch / Seite 2 v. 3

Name/Adresse des Kindergartens bzw. der Schule:

_____ Telefon: _____

Kindergartenbesuch vom: _____ bis: _____ Lebensjahr _____

Name Klassenlehrer/in _____ Klasse _____ ggf. Telefon: _____

Schwere Erkrankungen (Krankenhausaufenthalte, Operationen, EEG, CT):

Werden momentan Medikamente verabreicht, wenn ja, welche:

An welche Einrichtungen (Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, weitere Ärzte, etc.) haben Sie sich bisher gewandt?:

Befinden Sie sich derzeit in einer kinder-/jugendpsychiatrischen oder sozialpsychiatrischen Behandlung?

Hat es bereits eine Vorstellung in einem unserer Praxisstandorte gegeben? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Nein Ja Praxisstandort Dortmund-Asseln Ja Praxisstandort Dortmund-Gartenstadt

Aus welchem Grund soll Ihr Kind bei uns untersucht werden, bzw. sind Sie zu uns gekommen:

Datum/Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten als Einverständniserklärung zur Durchführung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung in der genannten Praxis. Diese ist/sind aufgrund der aktuellen Rechtslage erforderlich.

allein sorgeberechtigt

Jugendliche/er ab 14 Jahre

Datum/Unterschrift

Datum/Unterschrift

gemeinsames Sorgerecht

Datum/Unterschrift

Datum/Unterschrift



Fragebogen zum Erstgespräch / Vereinbarung / Seite 3 v. 3

Vereinbarung zwischen Gemeinschaftspraxis Schreiber, Dr. Vogler R. dos Santos, Jakob
und den Sorgeberechtigten oder Bezugspersonen von:

Name des Patienten/der Patientin: _____

geb. am: _____

ggf. abweichende Anschrift: _____

Fest mit Ihnen und Ihrem Kind vereinbarte Termine halten wir verbindlich für Sie frei. Es warten sehr viele Kinder auf Termine. Wenn Sie nicht erscheinen, ohne sich rechtzeitig abzumelden, können wir kurzfristig niemanden ersatzweise einbestellen, in der frei gehaltenen Zeit keine Patienten versorgen.

Wir bitten Sie daher als die unterzeichnenden Sorgeberechtigten bzw. Bezugspersonen, bzw. als volljähriger, selbstunterzeichnender Patient oder volljährige, selbstunterzeichnende Patientin, die Verantwortung für die Einhaltung der vereinbarten Termine zu übernehmen und Termine spätestens einen Praxisarbeitstag vor dem entsprechenden Termin zu unseren Praxisprechzeiten abzusagen.

Bei späterer Absage oder Nicht-Erscheinen erklären Sie sich damit einverstanden,
eine Ausfallgebühr zu zahlen von:

EUR 50,00 pro Termin (GOÄ Ziffer 886, 1,23-facher Satz) bei Gesprächsterminen/Testungen in unserer Praxis
EUR 20,00 pro Termin (GOÄ-Ziffer 887, 1,72-facher Satz) bei Terminen zu einer Therapiegruppe

Um uns zu Gunsten unserer Patienten von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten, haben wir die Abrechnung dieser Forderung der Privatärztlichen Verrechnungsstelle, PVS Unna, übertragen. Für die Rechnungserstellung benötigt die PVS neben Namen, Anschrift, Geburtsdatum, die Behandlungstage, die erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung und die dazugehörigen Diagnosen. Alle diese Daten werden von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle in Unna vertraulich bearbeitet, da die Mitarbeiter der Schweigepflicht gemäß § 203 STGB und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes unterliegen.

Mit der Weitergabe der oben genannten Daten für diese und zukünftige Behandlungen an die PVS, sowie mit der Geltendmachung des Rechnungsbetrages erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.

Ort, Datum:

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten
des Patienten/der Patientin

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Sozialpsychiatrische Gemeinschaftspraxis
Schreiber, Dr. med. Vogler R. dos Santos und Jakob
Brockhausweg 13, 44287 Dortmund
Asselner Hellweg 185, 44319 Dortmund
info@gemeinschaftspraxis-jsd.de,
0231 28 65 830 oder 0231 39 58 675

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 Arztbriefe). 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, 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. 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:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen (LDI)
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf
Tel.: 0211/38424-0
Fax: 0211/38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

Ihr Praxisteam