



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 · D44141 Dortmund, Brockhausweg 13

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

Brockhausweg 13  
44141 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



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 Praxissprechzeiten 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](mailto: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 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. 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](mailto: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