

KJP Praxis Goslar

Janina Jördens

FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Grauhöfer Straße 26 | 38640 Goslar

Telefon: 05321/393110 | Telefax: 05321/3931122



Patientenname:

geb. am:

Erklärung zur sozialpsychiatrischen Behandlung

Ich/wir erklären hiermit, dass nicht gleichzeitig eine laufende sozialpsychiatrische Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), Psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen sozialpsychiatrischen Arztpraxen in Anspruch genommen wird bzw. eine stattgefundene Behandlung als beendet erklärt wird.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschriften aller Sorgeberechtigten)

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutzverordnung (DSGVO)

Als Sorgeberechtigte(r)/ Vormund/ Patient bin/sind ich/wir damit einverstanden, dass die der KJP Praxis Goslar vorliegenden persönlichen Daten, wie z. B. Daten über den Gesundheitszustand und die Krankengeschichte, Geschlecht, Alter, Gewicht und Körpergröße u. a. auch computertechnisch gespeichert und verarbeitet werden. Dieser Vorgang beginnt bereits mit dem Einlesen der Gesundheitskarte, die ich/wir zu diesem Zweck vorlege/n.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass autorisiertes und zur Verschwiegenheit verpflichtetes Personal (z. B. Ärzte, Therapeuten der Praxis, medizinische Fachangestellte, IT-Mitarbeiter unseres Arztprogrammes, Mitarbeiter der KVN Niedersachsen, Mitarbeiter der patientus GmbH (Videosprechstunde), Mitarbeiter der jeweiligen Krankenkasse, SWBS Forderungsmanagement (Inkasso)) in die vorhandenen personenbezogenen Daten meines Kindes/ Mündels Einsicht nehmen kann, soweit dies für die Behandlung und für die Bearbeitung meiner Belange (z. B. Rezepte oder Überweisungen ausstellen, Abrechnung, Updates mit Fernwartung, interne Fallbesprechungen, Teamsitzungen und bei Bedarf in anonymisierter Form bei externen Supervisionen etc.) notwendig ist. Gegebenenfalls können zu therapeutischen Zwecken/ Fortbildungen Foto- und/ oder Videoaufnahmen gemacht werden. Darüber werden Sie im Einzelfall immer in Kenntnis gesetzt. Für diese Einwilligung habe/n ich/wir ein Widerrufsrecht.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschriften aller Sorgeberechtigten)

Behandlungsvertrag

§1 Vertragsgegenstand

Der/die Patient/in nimmt in dieser Praxis eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in Anspruch. Er/sie ist darüber aufgeklärt, dass er/sie pünktlich zum Behandlungstermin erscheint und bei Verhinderung den Termin mindestens 24 Stunden vorher absagt.

§ 2 Ausfallhonorar

Bei nicht in Anspruch genommenen, fest vereinbarten Behandlungsterminen, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, bitten wir um ein Attest vom Kinder- oder Hausarzt innerhalb von 3 Werktagen. Andernfalls fällt ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 € an (bei Gruppentherapiesitzungen 25 €). Bei Nichtbezahlung behalten wir uns die Weiterleitung an die Firma SWBS Forderungsmanagement (Inkasso) vor.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschriften aller Sorgeberechtigten)