



Dr. med. Kristine Baßeler und Kollegen

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Berliner Straße 120, 14467 Potsdam Telefon 0331-6263225 Fax 0331- 6263454

Aufnahmebogen

Name des **Kindes** _____ Geburtsdatum _____

Straße/Haus-Nr. _____

Postleitzahl/ Wohnort _____

Telefon _____ Mobil _____

Email _____

Versicherung _____ Hauptversicherter _____

Wer hat das **Sorgerecht** ? _____

Angaben der **Mutter**

Name _____ Geburtsdatum _____

Adresse (falls abweichend): _____

Postleitzahl/ Wohnort _____

Telefon _____ Mobil _____

Email _____ Tätigkeit _____

Angaben des **Vaters**

Name _____ Geburtsdatum _____

Adresse (falls abweichend) _____

Postleitzahl/ Wohnort _____

Telefon _____ Mobil _____

Email _____ Tätigkeit _____

Datum _____

Unterschrift _____



Einverständniserklärung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung

für.....geb. am.....

Mutter.....geb. am.....

Vater.....geb. am.....

Sehr geehrte Eltern,

da in der Regel beide Eltern das Sorgerecht gemeinsam haben, ist auch die Zustimmung beider sorgeberechtigter Eltern für eine Betreuung bei uns notwendig. Auch nach einer Trennung besteht weiterhin ein gemeinsames Sorgerecht.

Ich bitte Sie daher, dieses Einverständnis zu unterzeichnen, in der Sie zum Ausdruck bringen, dass Sie mit einer

- kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik
- medikamentösen Behandlung
- psychotherapeutischen Behandlung

Ihres Kindes einverstanden sind.

Ich gehe davon aus, dass Sie, insofern Sie hier nicht präsent waren, ausreichend durch den anderen Elternteil informiert werden. Sollten Sie den Wunsch nach zusätzlicher Beratung und Information haben, können Sie sich selbstverständlich gern an uns wenden und bei Bedarf einen Termin mit uns vereinbaren.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift



Dr. med. Kristine Baßeler und Kollegen

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Berliner Straße 120, 14467 Potsdam Telefon 0331-6263225 Fax 0331- 6263454

Schweigepflichtentbindung für

Name, Vorname meines Kindes

Geburtsdatum

Als Sorgeberechtigte Person

Name, Vorname der Mutter/ des Vaters oder andere sorgeberechtigten Personen

entbinde ich alle Mitarbeiter*innen der sozialpsychiatrischen Praxis von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgender Personen/ folgender Einrichtung: (bitte ausfüllen)

Kinderarzt/Kinderärztin

ggf. Telefonnummer

Kita/Erzieher*in - Schule/ Lehrkraft

ggf. Telefonnummer

Jugendamt/ Sachbearbeiter*in

ggf. Telefonnummer

Psychotherapeut*in

ggf. Telefonnummer

Krankenhaus/ Kliniken ggf. Ansprechpartner*in

ggf. Telefonnummer

Sonstige Personen: _____

Wenn ich mir das elterliche Sorgerecht teile, informiere ich zeitnah den anderen Elternteil von dieser Schweigepflichtentbindung.

Ich/ wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeiter*innen alle wichtigen und notwendigen Informationen, Unterlagen, Diagnosen, Berichte etc. erhält und weitergeben darf.

Des Weiteren erkläre ich mich/ erklären wir uns damit einverstanden, dass sich Mitarbeiter*innen der Praxis inhaltlich mit den Mitarbeitern*innen der Praxengemeinschaft in der Remise Frau Anne Maria Fallis und Herrn Efan Gök auch zu Interventionszwecken austauschen. Dieses dient einer Optimierung der Behandlung.

Datum: Potsdam

Unterschrift:



Dr. med. Kristine Baßeler und Kollegen

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Berliner Straße 120, 14467 Potsdam Telefon 0331-6263225 Fax 0331- 6263454

Werte Patienten und Angehörige

Wir müssen Sie darauf hinweisen, dass wir gesetzlich dazu berechtigt sind, von ihnen nicht eingehaltene Termine privat in Rechnung zu stellen.

Für ein Stundentermin müssen wir in diesem Fall Kosten in Höhe von 40,80 €, entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte, erheben.

Da wir eine Bestellpraxis sind, wird durch kurzfristige oder nicht abgesagte Termine anderen Patienten die Möglichkeit genommen, dringend benötigte Termine wahrzunehmen.

Deshalb bitten wir sie um ihre Mitarbeit, in dem Sie Termine rechtzeitig – **spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin** - absagen.

Wir bedanken uns bei Ihnen und hoffen auf eine gute Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam der Sozialpsychiatrischen Praxis

Datum

zur Kenntnis genommen / Unterschrift



Dr. med. Kristine Baßeler und Kollegen

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Berliner Straße 120, 14467 Potsdam Telefon 0331-6263225 Fax 0331- 6263454

Nutzung personenbezogener Daten

im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Praxis von Frau Dr. Baßeler.

Lieber Eltern, liebe Patientinnen und Patienten,

für die Verarbeitung verschiedener Praxisdaten werden unterschiedliche Verarbeitungssysteme benutzt. Hier in der Praxis wird folgendermaßen verfahren:

Telefon, Smartphone, Email, WhatsApp

Die Telefonnummern und Email-Adressen sind im Praxiscomputer gespeichert und werden zusätzlich über Smartphone und iPad von Frau Fallis genutzt. Weiterhin genutzt wird WhatsApp. Dies ermöglicht, außerhalb der Praxiszeiten in Krisen oder Notfällen erreichbar zu sein bzw. bei Bedarf zurückrufen zu können.

Alle Geräte sind Passwort gesichert.

Outlook, Windows, Gmail, Android, Apple

Die Organisation der Termine erfolgt über Outlook, auf dem Praxiscomputer, iPad und Smartphone. So besteht jederzeit Zugriff auf Termine, flexible Reaktion und Handhabung ist möglich.

Aufgrund der therapeutischen Schweigepflicht und der Datenschutzverordnungen ist ein sehr sorgfältig Umgang mit allen personenspezifischen Daten gesichert.

Die Nutzung aller Internetgebundenen Verarbeitungssysteme garantiert keine 100 prozentige Sicherheit.

Mit Ihrer/Deiner untenstehenden Unterschrift erklären Sie/erklärst Du Dich einverstanden, dass die oben aufgeführten Systeme zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Rahmen der Therapie von Frau Fallis genutzt werden dürfen.

Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift