Dr. med. Kristine Baßeler · Dr. med. Miriam Gottberg
und Kolleg*innen
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Berliner Straße 120 · 14467 Potsdam
Telefon 0331 62 63 225 · Fax 0331 62 63 454
anmeldung@praxeninderremise.de

Aufnahmebogen

Bild vom Kind

Name des **Kindes/Jugendlichen** _____

Geburtsdatum_____

Straße/ Hausnr._____

Postleitzahl/ Wohnort_____

Telefon_____ Mobil _____

E-Mail _____

Versicherung _____ Hauptversicherte*r_____

Im Fall einer privaten Krankenversicherung, rechnen wir über die PVS ab.

Wer hat das **Sorgerecht** ?_____

Mutter

Name _____ Geburtsdatum_____

Adresse (falls abweichend) _____

Postleitzahl/Wohnort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____ Tätigkeit_____

Vater

Name _____ Geburtsdatum_____

Adresse (falls abweichend) _____

Postleitzahl/Wohnort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____ Tätigkeit_____

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift Vater
_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift Mutter
_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift anderer sorgeberechtigter Person(en) o.Volljährige(r)

Dr. med. Kristine Baßeler · Dr. med. Miriam Gottberg

und Kolleg*innen

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Berliner Straße 120 · 14467 Potsdam

Telefon 0331 62 63 225 · Fax 0331 62 63 454

anmeldung@praxeninderremise.de

Werte Patient*innen und Angehörige

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

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, indem Sie Termine rechtzeitig – **spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin –** absagen.

Bei Versäumnis behalten wir uns vor ein Ausfallhonorar grundlegend in Höhe von 45,00 Euro zu berechnen.
Wurde ohne rechtzeitige Absage ein Termin mit unseren Kinder- & Jugendpsychiater*innen versäumt, erhöht sich das in Rechnung gestellte Ausfallhonorar auf 76,50 Euro.

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

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam der Sozialpsychiatrischen Praxis

Behandlung im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung (SPV)

Hiermit versichere ich, dass mein Kind _____ an keiner anderen Institution mit SPV in Behandlung ist (z.B. Institutsambulanzen, SPZ oder andere kinder- und jugendpsychiatrische Arztpraxen) bzw. die Behandlung dort spätestens im letzten Quartal beendet wurde.

Es ist notwendig, bei einer Veränderung der ärztlichen Behandler oder Behandlungseinrichtung, unsere Praxis formlos und schriftlich darüber zu informieren

_____ Ort	_____ Datum	_____ Unterschrift Vater
_____ Ort	_____ Datum	_____ Unterschrift Mutter
_____ Ort	_____ Datum	_____ Unterschrift anderer sorgeberechtigter Personen(en) oder Volljährige(r)

Dr. med. Kristine Baßeler · Dr. med. Miriam Gottberg

und Kolleg*innen

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Berliner Straße 120 · 14467 Potsdam

Telefon 0331 62 63 225 · Fax 0331 62 63 454

anmeldung@praxeninderremise.de

Nutzung personenbezogener Daten im Rahmen der Behandlung in der Sozialpsychiatrischen Praxis Dr. med. Kristine Baßeler Dr. med. Miriam Gottberg

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Patienten*innen,

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.

Die Datenverarbeitung und Erhebung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Personenbezogene Daten werden bei uns im Praxissystem gespeichert und über verschiedene Endgeräte bei Bedarf abgerufen. Für die Kommunikation benutzen wir E-Mail, Telefon, Post. In Ausnahmefällen werden für eine Kommunikation Messengerdienste, wie unter anderen WhatsApp, Signal, SMS (auch Video Chat, Videosprechstunde) benutzt. Dies ermöglicht, schnellstmöglich erreichbar zu sein und die Patientenbehandlung möglichst flexibel zu gestalten. Alle elektronischen Geräte mit Zugang zu den personenbezogenen Daten sind durch Passwörter vor Fremdzugriff gesichert. Weiterführend erklären Sie sich mit einer untenstehenden Unterschrift einverstanden, dass für unsere digitale Akte ein Portraitfoto gemacht wird. Dieses Portrait kann alternativ auch in Form eines Passbildes selbst mitgebracht werden. Dieses wird an keine Dritten weitergeleitet und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen mit sämtlichen anderen persönlichen Daten gelöscht.

Für die Patienten*innen- und Terminverwaltung sowie die Abrechnung verwenden wir unterschiedliche Anbieter. Zusätzlich zu unserer elektronischen Mail benutzen wir dazu unsere Praxissoftware auf unseren stationären und mobilen elektronischen Geräten. So besteht jederzeit Zugriff auf Termine, flexible Reaktion und Handhabung ist somit möglich.
Aufgrund der therapeutischen Schweigepflicht und der Datenschutzverordnungen ist ein sorgfältiger Umgang mit allen personenspezifischen Daten gesichert.

Wir übermitteln personenbezogene Daten nur dann an Dritte, wie Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Schulen, Jugendamt ect. wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich zusätzlich einverstanden, dass wir personenbezogene Daten an Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen übermitteln. 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 berechtigte Empfänger.

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.
Mit Ihrer untenstehenden Unterschrift erklären Sie einverstanden, dass die oben aufgeführten Systeme zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Rahmen der Behandlung/ Diagnostik in den Praxen in der Remise von Fr. Dr. Kristine Baßeler und Dr. Miriam Gottberg genutzt werden dürfen.
Ein Widerruf des Einverständnisses ist jederzeit möglich.
Wenden Sie sich gerne bei Fragen an das Team der Praxen in der Remise.

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift Vater
_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift Mutter
_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift anderer sorgeberechtigter Personen oder Volljährige(r)

Dr. med. Kristine Baßeler · Dr. med. Miriam Gottberg

und Kolleg*innen

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Berliner Straße 120 · 14467 Potsdam

Telefon 0331 62 63 225 · Fax 0331 62 63 454

anmeldung@praxeninderremise.de

Einverständniserklärung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung

für_____geb. am_____

Mutter_____geb. am_____

Vater_____geb. am_____

weitere sorgeberechtigter Personen oder Volljährige(er)

_____geb. am _____

Sehr geehrte Eltern,

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

Ich bitte Sie daher, diese Einverständnis zu unterzeichnen, indem Sie zum Ausdruck bringen, dass Sie mit einer

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

Ihres Kindes einverstanden sind.

Wir gehen davon aus, dass das Elternteil, insofern er/sie hier nicht präsent war, ausreichend durch das andere Elternteil informiert wird. Sollte der Wunsch nach zusätzlicher Beratung und Information bestehen, kann sich jedes sorgeberechtigtes Elternteil selbstverständlich gern an uns wenden und bei Bedarf einen Termin mit uns vereinbaren.
Sollte nur ein Elternteil sorgeberechtigt sein, benötigen wir vor einem Gespräch mit dem nicht sorgeberechtigten Elternteil eine unterschriebene Schweigepflichtentbindung gegenüber dem nicht sorgeberechtigten Elternteil.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

_____ Ort	_____ Datum	_____ Unterschrift Vater
_____ Ort	_____ Datum	_____ Unterschrift Mutter
_____ Ort	_____ Datum	_____ Unterschrift anderer sorgeberechtigter Personen oder Volljährige(r)

Dr. med. Kristine Baßeler · Dr. med. Miriam Gottberg
und Kolleg*innen
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Berliner Straße 120 · 14467 Potsdam
Telefon 0331 62 63 225 · Fax 0331 62 63 454
anmeldung@praxeninderremise.de

Schweigepflichtentbindung

für

_____
Name, Vorname meines / unseres Kindes Geburtsdatum

Als sorgeberechtigte Person/en

_____
Name, Vorname der Mutter und des Vaters oder anderer sorgeberechtigten Personen oder Volljährige(r)

entbinde ich/wir alle Mitarbeiter*innen der sozialpsychiatrischen Praxis Frau Dr. med. Baßeler und Frau Dr. med. Gottberg von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen/ folgenden Einrichtungen: *(bitte ausfüllen)*

_____
ggf. bei getrennten Eltern: nicht sorgeberechtigtes Elternteil ggf. Telefonnummer

_____
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 noch heute 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 im Rahmen der Behandlung und Abrechnung an berechtigte Personen und Abrechnungsstellen (z.b. Kassenärztliche Vereinigung und PVS) 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 Efkan Gök im Rahmen der Behandlung und auch zu Intervisionszwecken austauschen. Dieses dient einer Optimierung der Behandlung.

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift Vater
_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift Mutter
_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift anderer sorgeberechtigter Personen o. Volljährige(r)

Dr. med. Kristine Baßeler · Dr. med. Miriam Gottberg

und Kolleg*innen

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Berliner Straße 120 · 14467 Potsdam

Telefon 0331 62 63 225 · Fax 0331 62 63 454

anmeldung@praxeninderremise.de

Honorarvereinbarung

Zwischen Frau Dr. med. Kristine Baßeler und Frau Dr. med. Miriam Gottberg, und dem/der Zahlungspflichtigen Patient*innen, Elternteil bzw. Vertreter des Kindes _____ wird nach § 2GOÄ durch die Unterzeichnung folgende Honorarvereinbarung geschlossen:

1. Folgende Leistungen werden jeweils mit dem vereinbarten Betrag vergütet:

GOÄ- Nummer	Leistung	Steigerungssatz	Vereinbarter Betrag
719	Funktionelle Entwicklungstherapie a´ 45min	7,00	102,42Euro
856	Therapeutisches Gespräch mit Intelligenztest (Durchführung+ Auswertung) in 2 Terminen (Betrag pro Termin)	5,00	105,20 Euro
817	Psychiatrische Beratung der Bezugspersonen, Kind/ Jugendlicher	10,00	100 Euro
857	Orientierende Testverfahren	10,00	64,71 Euro

2. Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

3. Von dieser Honorvereinbarung hat der Zahlungspflichtige ein Exemplar erhalten.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

PVS berlin-brandenburg-hamburg
EIN UNTERNEHMEN DER PVS HOLDING

Einwilligungserklärung/ Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG (PVS), Invalidenstr. 92, 10115 Berlin wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.
Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.
Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen somit der beruflichen Verschwiegenheit sowie den Bestimmungen des Datenschutzes, so wie sie bei Ärztinnen und Ärzten vorgeschrieben sind.
Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.
Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.
Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum | Unterschrift Patient/in

Anmeldung für Patienten

Patient

Name | Vorname | geb. am

Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger

Name | Vorname | geb. am

Beruf* | tel. erreichbar*

Straße/Hausnummer | E-Mail-Adresse*

PLZ | Wohnort

Arbeitgeber*

Krankenversicherung/Kostenträger* | Tarif*

Hausarzt/überweisender Arzt*

*** Diese Angaben sind freiwillig. Es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie diese Angaben nicht machen. Allerdings ist es ggf. hilfreich, wenn Sie telefonisch erreichbar sind.**

Zeitgemäße Behandlung – überalterte Gebührenordnung

Informationen für privatversicherte und selbstzahlende Patientinnen und Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Ärztin, Ihr Arzt behandelt Sie auf dem aktuellen Stand der Medizin. Wenn es um die Abrechnung geht, gilt aber eine Gebührenordnung aus dem letzten Jahrhundert, die hoffnungslos veraltet ist.

Ändern kann das nur die Bundesregierung, denn die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist eine staatliche Verordnung. Doch der Bundesgesundheitsminister weigert sich beharrlich, die notwendigen Aktualisierungen vorzunehmen.

Viele moderne Untersuchungs- und Behandlungsverfahren kommen in der veralteten Gebührenordnung gar nicht vor. Sie können deswegen nur auf dem Umweg von sogenannten Analogbewertungen berechnet werden, die häufig nicht richtig passen und für Sie als Patientin bzw. Patient zu ziemlich unverständlichen Rechnungen führen können.

Besonders betroffen ist aber gerade auch das, was ganz unabhängig von Fortschritt und Technik seit jeher für gutes ärztliches Handeln steht: Die Zuwendung und das Gespräch.

Hier hat sich ein besonders gravierendes Missverhältnis zwischen Aufwand und Honorar entwickelt. Ein Beispiel: Für die Beratung einer Patientin oder eines Patienten betrug das Regelhonorar im Jahr 1996, also vor 27 Jahren 10,72 Euro (damals noch als DM-Betrag ausgewiesen). Im Jahr 2023 beträgt das Honorar: immer noch 10,72 Euro. Gebührenordnungsziffern für besser vergütete Beratungen sind mit so vielen Ausschlussklauseln versehen, dass sie in den allermeisten Fällen gar nicht angesetzt werden können.

An dem seit mehr als zweieinhalb Jahrzehnten unveränderten Betrag von 10,72 Euro lässt sich ablesen, wie wenig die Politik den Wert einer sprechenden und zuwendungsorientierten Medizin verstanden hat.

Eine Neufassung der ärztlichen Gebührenordnung ist seit Langem überfällig. Die Bundesärztekammer hat dazu gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung sowie den Beihilfekostenträgern umfassende Vorarbeiten geleistet. Trotzdem unternimmt der Bundesgesundheitsminister nichts.

Nun ist ein Punkt erreicht, an dem Ärztinnen und Ärzte die jahrzehntelange staatliche Untätigkeit nicht mehr länger hinnehmen können. Die derzeit gültige Gebührenordnung sieht einen gewissen Handlungsspielraum vor, auf den Ärztinnen und Ärzte nun verstärkt zurückgreifen werden.

Zum einen können die Gebührensätze unter bestimmten Voraussetzungen, wenn z. B. eine Untersuchung oder Behandlung besonders aufwändig und schwierig ist, über den sogenannten Regelsatz hinaus gesteigert werden. Ihre Ärztin, bzw. Ihr Arzt muss dies natürlich begründen. Die höheren Rechnungssummen können Sie, abhängig von Ihren Versicherungsbedingungen, von Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfe erstatten lassen.

Darüber hinaus kann Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen im Einzelfall vor der Behandlung den Abschluss einer sogenannten abweichenden Honorarvereinbarung vorschlagen. Das bedeutet, dass mit Ihnen ein höherer Steigerungsfaktor vereinbart werden kann. Im Fall einer abweichenden Honorarvereinbarung kommt Ihre private Krankenversicherung oder Ihre Beihilfestelle voraussichtlich für die Mehrkosten nicht auf. Darauf wird in der Honorarvereinbarung ausdrücklich hingewiesen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, die Modernisierung einer veralteten Gebührenordnung sollte in einem funktionierenden Staat eigentlich ganz selbstverständlich sein. Ärztinnen und Ärzte haben über viele, viele Jahre hinweg geduldig mit Gesprächen, Argumenten und eigenen Vorleistungen alles versucht, um die Politik zum Handeln zu bewegen.

Nach fast 30 Jahren Stillstand sehen wir nun keine andere Möglichkeit mehr, als den Ärztinnen und Ärzten die oben genannten rechtskonformen Wege aufzuzeigen. Dafür vertrauen wir auf Ihr Verständnis. Selbstverständlich wird Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihre Fragen mit Blick auf Ihre konkrete Behandlung erläutern.

Die genannten Maßnahmen wären nicht nötig, wenn der Bundesgesundheitsminister endlich seinen Aufgaben nachkommen würde. Dazu werden wir ihn weiterhin mit allem Nachdruck auffordern. Auch dafür hoffen wir auf Ihre Unterstützung – sprechen Sie gerne Ihre Abgeordneten im Bundestag oder Landtag ganz konkret auf dieses Thema an.

BUNDESÄRZTEKAMMER

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Hilfe!

Ihre Bundesärztekammer