

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

Name des **Kindes/Jugendlichen** _____

Geburtsdatum _____

Straße/ Hausnr. _____

Postleitzahl/ Wohnort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Versicherung _____ Hauptversicherte*r _____

Wir rechnen 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 Paragraph 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 berechnigte 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 Efsan 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)

Honorarvereinbarung

Zwischen

_____ ,

Arzt für _____ behandelnder Arzt
und
dem Zahlungspflichtigen als Patient, bzw. Vertreter des Kindes oder Mündels

wird nach § 2 GOÄ durch die Unterzeichnung folgende Honorarvereinbarung geschlossen:

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

GOÄ- Nummer	Leistung	Steigerungs- satz	vereinbarter Betrag
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

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

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

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

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.**