



Dr. med. Annette Haller
Fachärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Schwerpunkt Psychotherapie

Steinbeisstraße 12
73037 Göppingen
Tel: 07161 4049857
Fax: 07161 5056630
info@dr-haller.de

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten,

Sie haben um eine Vorstellung in der Praxis gebeten. Daran sind gesetzliche und organisatorische Bedingungen geknüpft, die Ihre Mitarbeit benötigen.

Lesen Sie bitte in aller Ruhe alle unten angeführten Punkte und **in den Downloads verfügbaren Formulare** durch, und bringen sie alles ausgedruckt sowie **unterschrieben (Unterschrift von allen Sorgeberechtigten)** zusammen mit der **Versichertenkarte (des Patienten)** sowie wichtige Zusatzbefunde / Zeugnisse zum Ersttermin mit.

Erfassungsbogen für: (Angaben zu den Eltern nur bei Patienten unter 18 Jahre)

Name des Patienten	ggf. Telefon	geboren am:
--------------------	--------------	-------------

Mutter (Name, Vorname)	Telefon	geboren am:
------------------------	---------	-------------

Vater (Name, Vorname)	Telefon	geboren am:
-----------------------	---------	-------------

Sorgeberechtigt: ☐ beide Eltern ☐ nur Mutter ☐ nur Vater ☐ sonstig: _____

Gesetzlich versicherte Patienten legen einmal zu Beginn des Quartals die gültige Versichertenkarte vor. Geschieht das nicht, wird eine Privatrechnung gestellt. Versicherungsänderungen müssen aktiv mitgeteilt werden.

a: Zustimmung zur Diagnostik und ggf. Behandlung

Mir / uns ist bekannt, dass eine psychotherapeutische Behandlung nur mit der schriftlichen Zustimmung aller Sorgeberechtigten erfolgen kann. Die Unterschriften zeigen, dass alle Sorgeberechtigten informiert und mit der Behandlung in der Praxis Dr. med. Annette Haller einverstanden sind. Ab dem 15. Lebensjahr kann ein Patient auch ohne Information der Eltern Hilfe in Anspruch nehmen.

Datum, Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten oder des mündigen Patienten

b: Erklärung und Einwilligung zum Datenschutz:

Die im Downloadbereich verfügbaren „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe(n) ich / wir durchgelesen.

Datum, Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten oder des mündigen Patienten

c: Erklärung und Einwilligung zum Austausch per E-Mail oder SMS:

Es wird darauf hingewiesen, dass es prinzipiell zu Unsicherheiten im Datenverkehr per E-Mail oder SMS kommen kann. Höchstens für Absprachen von Terminen bzw. Videosprechstunden (Codemiteilung) ist ein Austausch über diese Wege mit der Praxis vorgesehen - keinesfalls zum Austausch sensibler Daten oder für Kriseninterventionen.

Ich / wir habe(n) die Information zum Datenaustausch gelesen und stimme(n) einem Austausch
☐ O dennoch zu ☐ O nicht zu

Datum, Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten oder des mündigen Patienten

Erfassungsbogen Praxis Dr. Annette Haller (2. Seite) für:

Name des Patienten

geboren am:

d: Entbindung von der Schweigepflicht

Wir / ich entbinde(n) Frau Dr. Annette Haller von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person / Institution (bitte Namen und Telefonnummer angeben): z.B. zum Austausch von Befunden

☐ Haus-/Kinderarzt _____

☐ Ergotherapeuten / Logopäden _____

☐ Erzieher /Lehrer _____

☐ Jugendamt _____

☐ sonstig _____

Datum, Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten oder des mündigen Patienten

e: Arztbrief / Behandlungsbericht - Zustimmung / Ablehnung

O Wir / ich wünsche(n), dass ein Arztbrief an den Haus- / Kinderarzt oder folgende Institution (bitte Namen und Anschrift angeben) geschickt wird.

Arzt: _____

sonstig: _____

O Wir / ich wünsche(n) **nicht**, dass ein Arztbrief an den Haus-/Kinderarzt verschickt wird, obwohl für Frau Dr. Haller eine Berichtspflicht bestünde, da eine Überweisung vorgelegt / eine Psychotherapie begonnen / beendet wurde.

Datum, Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten oder des mündigen Patienten

f: Behandlungsvertrag

§1 Mir / uns ist bekannt, dass für eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung lange Zeiteinheiten freigehalten werden und daher der Patient / Angehörige pünktlich zum fest vereinbarten Termin kommt. Bei Verhinderung wird mind. 24 Stunden vorher abgesagt (Nachricht auf Anrufbeantworter, per E-Mail, SMS). Im Krankheitsfall wird ein Attest vom Hausarzt / Kinderarzt erforderlich, wenn die Absage nicht mind. 24 Stunden vorher erfolgen kann.

§2 Wird ein vereinbarter Termin unentschuldig nicht wahrgenommen oder zu kurzfristig (ohne ärztliches Attest) abgesagt, werden alle Folgetermine an andere Patienten vergeben.

Wir sorgeberechtigten Eltern / bzw. ich als mündiger Patient stimme(n) dem Behandlungsvertrag zu.

Datum, Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten oder mündigen Patienten