

BEHANDLUNGSVERTRAG & EINWILLIGUNGEN

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

Sie haben sich zu einer Vorstellung und ggf. Behandlung Ihres Kindes im Psychosomatikum, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, entschieden.

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihr Vertrauen.

Für eine verlässliche, rechtlich sichere und gute psychiatrisch-therapeutische Arbeit durch die Praxis sind einige Formalitäten notwendig.

Diese werden auf den folgenden 6 Seiten kurz beschrieben, und Sie jedes Mal um Ihre Unterschrift gebeten. Sie können einzelne Einwilligungen oder Schweigepflichtsentbindungen auch weglassen. Bitte beachten Sie: Eine Therapie am Psychosomatikum kann aber nur dann stattfinden, wenn alle Sorgeberechtigten einverstanden sind und mit ihrer Unterschrift den Behandlungsvertrag (2. Seite) unterschrieben haben.

Allgemeine Daten

..... (Vor- und Nachname des **Kindes/Jugendlichen**) (Geburtsdatum)

..... (Adresse)

..... (Vor- und Nachname der **Mutter des Kindes**) (Geburtsdatum)

..... (Adresse)

..... (Telefonnummern und ggf. E-Mail-Adresse)

..... (Vor- und Nachname des **Vaters des Kindes**) (Geburtsdatum)

..... (Adresse)

..... (Telefonnummern und ggf. E-Mail-Adresse)

Andere Sorgeberechtigte, falls Eltern nicht sorgeberechtigt:

..... (andere Sorgeberechtigte, z.B. Großeltern, gesetzliche Betreuer, Bevollmächtigte etc.)

Behandlungsvertrag

Damit Ihr Kind in der Praxis behandelt werden kann, wird nach dem Gesetz (§ 1687 Abs. 1 BGB) die Einwilligung aller Sorgeberechtigten, d.h. in der Regel beider Eltern, benötigt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Eltern getrennt oder geschieden sind, und ein geteiltes Sorgerecht haben. Ist eine solche Einwilligung des anderen Elternteils noch nicht erfolgt, so möchte ich Sie bitten, sich mit dem anderen Elternteil rasch in Verbindung zu setzen, diesen über die Vorstellung in der Praxis zu informieren und die Einwilligung einzuholen.

Wenn kein Kontakt zum anderen Sorgeberechtigten besteht und sein Wohnort nicht bekannt ist, so reicht die Unterschrift von einem/einer Sorgeberechtigten aus.

Sorgeberechtigt für das Kind

ist/sind: (Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum des **Kindes/Jugendlichen**)

beide Eltern

nur die Mutter

nur der Vater

andere:

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Vorstellung, und ggf. Diagnostik und Therapie des o.g. Kindes in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Psychosomatikum einverstanden. Dies schließt die Diagnostik und Therapie durch Ärzte und andere Berufsgruppen (Psychologen, Pädagogen, Ergotherapeuten* und andere) mit ein.

Diagnostik- und Therapietermine sind ggf. ohne die direkte Anwesenheit der Eltern/Sorgeberechtigten sinnvoll. Daher erklären Sie sich auch damit einverstanden, dass das o.g. Kind gegebenenfalls alleine zu den Therapiesitzungen erscheint und in der Zeit von den Mitarbeitern der Praxis betreut wird.

Sollten Sie oder das Kind verhindert sein oder erkranken, so wird gebeten, den Termin im Psychosomatikum rechtzeitig, also spätestens 48 Stunden vor Beginn des Termins telefonisch abzusagen, damit er an einen anderen Patienten vergeben werden kann. Wird ein Termin nicht rechtzeitig abgesagt, so kann dieser Terminausfall Ihnen privat mit einem Stundenausfallhonorar 50 € in Rechnung gestellt werden. Sollten Termine häufiger ausfallen durch Gründe, die Sie bzw. das Kind zu vertreten haben, so kann das zu einer Verzögerung der Therapie oder sogar zur Beendigung der Behandlung durch die Praxis führen.

Sie erklären sich darüber hinaus mit der Speicherung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten, soweit sie im Rahmen der Behandlung gesetzlich vorgeschrieben und notwendig sind, einverstanden. Ein ausführliches Merkblatt zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO finden Sie auf der letzten Seite.

.....
(Datum)

.....
(Name und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

.....
(Datum)

.....
(Name und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

* Hier und im Folgenden wurde aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form gewählt. Sie bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen.

Schweigepflichtsentbindung

Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, insbesondere von psychosomatisch bedingten, körperlichen und emotionalen Beschwerden, ist es oft sinnvoll und sogar notwendig, dass sich Mitarbeiter der Praxis mit anderen Kollegen, die Ihr Kind bereits vorher behandelt oder Befunde erstellt haben, austauschen. Oft ist auch die Rücksprache und der Austausch mit anderen Familienmitgliedern (z.B. Großeltern), Lehrkräften, Physio- und Ergotherapeuten, Familienhilfe, Erziehungsberatungsstellen oder den Mitarbeitern des Jugendamtes sehr wichtig.

Da die ärztliche Schweigepflicht ein hohes Gut ist, ist ein solcher fachlicher Austausch nur dann möglich, wenn Sie (und auch das Kind) dies ausdrücklich gestatten.
Bitte nennen Sie im Folgenden alle Ärzte, Therapeuten und andere Personen, mit denen Informationen über Ihr Kind ausgetauscht werden dürfen.

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte(r) von:

..... (Vor- und Nachname des **Kindes/Jugendlichen**) (Geburtsdatum)

damit einverstanden, dass die Praxis Psychosomatikum Informationen mit folgenden Personen austauscht:

..... (Name)	..... (Berufsgruppe/Funktion)	..... (evtl. Telefon oder Mailadresse)
..... (Name)	..... (Berufsgruppe/Funktion)	..... (evtl. Telefon oder Mailadresse)
..... (Name)	..... (Berufsgruppe/Funktion)	..... (evtl. Telefon oder Mailadresse)
..... (Name)	..... (Berufsgruppe/Funktion)	..... (evtl. Telefon oder Mailadresse)
..... (Name)	..... (Berufsgruppe/Funktion)	..... (evtl. Telefon oder Mailadresse)

Ich entbinde die Mitarbeiter der Praxis Psychosomatikum zu diesem Zweck von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf. Sollte ein(e) Sorgeberechtigte(r) nicht anwesend sein, so darf der/die anwesende Sorgeberechtigte im Interesse des Kindes handeln und den/die abwesende(n) Sorgeberechtigte(n) darüber umgehend informieren.

..... (Datum) (Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

Erklärung über Parallelbehandlung

Werden Kinder und Jugendliche im gleichen Quartal in verschiedenen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen, Institutsambulanzen oder anderen Institutionen (Werner-Otto-Institut, Kinderzentrum Pelzerhaken, Flehming-Institut, NOKI u.a.) parallel behandelt, wird diese Leistung von den Krankenkassen oft nicht übernommen. Sollte eine solche Behandlung geplant sein oder stattgefunden haben, so sagen Sie bitte Bescheid, damit wir gemeinsam überlegen, ob dies einer Vorstellung Ihres Kindes im Psychosomatikum zu Ihrem Termin entgegensteht.

Eine Behandlung beim Haus- oder Kinderarzt oder stationär in einer Klinik kann jederzeit ohne Konsequenzen für die Behandlung im Psychosomatikum stattfinden.

Hiermit versichern Sie, dass eine solche Parallelbehandlung im aktuellen Quartal nicht bereits stattgefunden hat bzw. im Quartal der vorgesehenen ambulanten Vorstellung im Psychosomatikum nicht geplant ist.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

Einwilligung in die anonyme Nutzung der Daten zu Forschungszwecken

Dr. A. Geremek kooperiert mit anderen Institutionen im Rahmen von verschiedenen Forschungsvorhaben, um die Behandlung von Kindern besser zu verstehen und damit stetig zu verbessern. Diese Forschungsstudien wurden von einer Ethikkommission geprüft und bewilligt und werden im Einvernehmen mit der Deklaration von Helsinki gehandhabt.

Dafür können Behandlungsdaten anonym, also vollkommen unkenntlich und ohne Namen, ausgewertet werden. Sollten Sie Interesse an den Studien haben, so wenden Sie sich gerne an Herrn Dr. Geremek persönlich.

Hiermit willigen Sie als Sorgeberechtigte(r) der anonymen Nutzung der Behandlungsdaten von

.....
(Vor- und Nachname des **Kindes/Jugendlichen**)

.....
(Geburtsdatum)

zu Forschungszwecken ein. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Nicht-Einwilligung oder ihr Widerruf hat keinerlei Einfluss auf die Behandlung des Kindes im Psychosomatikum.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

Einwilligung in die Behandlung außerhalb der Praxisräume

Manchmal kann es im Rahmen von einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung sinnvoll sein, einzelne Therapiestunden außerhalb der Praxis durchzuführen, zum Beispiel zur Durchführung von Expositionsbehandlungen bei Ängsten oder Zwängen. Während der Coronapandemie haben sich zudem therapeutische Spaziergänge als ein gutes Mittel erwiesen, gegenseitigen Infektionsschutz mit einer therapeutischen Arbeit ohne Maske zu verbinden. Selbstverständlich erfolgen solche therapeutischen Spaziergänge im Einklang mit allgemeinen kinder- und jugend-psychiatrischen Standards.

Hiermit erklären Sie sich einverstanden, dass das o.g. Kind im Rahmen der Therapie durch die Mitarbeiter der Praxis auch außerhalb der Praxisräume behandelt werden darf.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

Einwilligung in die Videosprechstunde

Die Coronapandemie hat gezeigt, dass Videotelefonie eine sichere und sinnvolle Möglichkeit darstellt, auch ohne Vorort-Termine mit dem Arzt bzw. Therapeuten in Kontakt zu bleiben und die Therapie fortführen zu können. Auch stellt die die Videosprechstunde eine Möglichkeit dar, die in manchen Fällen notwendigen vierteljährlichen Kontrolltermine auch trotz größerer Entfernung ohne Umstände stattfinden zu lassen.

Technische Voraussetzungen: Benötigt wird ein funktionsfähiger PC, Laptop oder Tablet mit Bildschirm, Kamera, Mikrophon und Lautsprecher sowie eine stabile Internetverbindung. Ein kompatibler Webbrowser wie Chrome, Safari oder Firefox muss auf dem Computer installiert sein – bitte prüfen Sie dies vorab und installieren gegebenenfalls einen dieser Browser vor der Videosprechstunde.

Sicherheit: Für die ärztliche/therapeutische Videosprechstunde gelten strenge Vorgaben an Datenschutz und technischer Sicherheit. Der vom Psychosomatikum verwendete Anbieter RED Medical ist von der Kassenärztlichen Vereinigung geprüft und zertifiziert. Durch End-zu-End-Verschlüsselung zwischen den Geräten der beiden Gesprächspartner wird verhindert, dass unbefugte Dritte mithören oder mitsehen. Eine Aufzeichnung der Videosprechstunde findet selbstverständlich nicht statt.

Ablauf der Videosprechstunde: Der Termin wird wie gewohnt telefonisch oder per Mail vereinbart. Sie erhalten dann an die angegebene E-Mail-Adresse einen Zugangscode, mit dem Sie sich zu Beginn des geplanten Termins auf der Internetseite <https://video.redmedical.de/#/login> anmelden oder auf den in der Mail enthaltenen Link einfach klicken können. Sobald der Arzt/Therapeut sich ebenfalls angemeldet hat, wird die Verbindung hergestellt.

E-Mail-Adresse(n):

Hiermit willigen Sie in die Videosprechstunde ein:

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

Merkblatt zum Datenschutz gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über die Verarbeitung von Daten im Psychosomatikum

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte.

Der Datenschutz und damit der Schutz der Privatsphäre unserer Patienten ist uns sehr wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir zudem verpflichtet, alle darüber zu informieren, zu welchem Zweck im Psychosomatikum ihre Daten erhoben, gespeichert oder weitergeleitet werden.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG: Dr. Adam Geremek, Psychosomatikum, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Dänische Straße 24, 24103 Kiel; Datenschutzbeauftragter: Dr. Adam Geremek, Psychosomatikum.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG: Für eine ordnungsgemäße Behandlung muss eine elektronische Patientenakte angelegt und damit personenbezogene Daten gespeichert werden. Das schreibt nicht nur das Gesetz vor, das ist auch für die Behandlungsqualität und Kontinuität erforderlich. Hierzu zählen u.a. die Krankheitsgeschichte, die Diagnose, ggf. Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte bzw. Therapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen auch eine Behandlung stattfindet oder stattfand, Daten zur Verfügung stellen (z.B. schriftlichen Berichte). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist eine notwendige Voraussetzung für eine Behandlung. Können die notwendigen Informationen nicht gewonnen und gespeichert werden, kann eine reguläre Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER DER DATEN: Im Rahmen der Behandlung im Psychosomatikum kann es sein, dass wir mit anderen Ärzten, Therapeuten oder anderen medizinischen Leistungserbringern zusammenarbeiten und gesundheitsbezogene Daten austauschen – natürlich nur soweit von der o.g. Schweigepflichtsentbindung umfasst. Darüber bestehen für die Praxis gesetzliche Vorgaben, im Rahmen derer eine Kommunikation der Daten mit der Krankenkasse, der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Medizinischen Dienst oder der Ärztekammer notwendig ist. Die Übermittlung erfolgt hauptsächlich zum Zweck der Abrechnung der erbrachten Leistungen, ggf. aber auch zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger nach gesonderter Zustimmung.

4. SPEICHERUNG DER DATEN: Wir bewahren die personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich aber auch gesetzlich vorgeschrieben ist. Aufgrund solcher rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. IHRE/DEINE RECHTE: Es besteht das Recht, über die personenbezogenen Daten jederzeit Auskunft zu erhalten, unrichtige Daten berichtigen zu lassen, unter bestimmten Bedingungen die Löschung bestimmter Daten oder eine eingeschränkte Nutzung zu erwirken, sowie das Recht auf Datenübertragung. Die Daten werden auf der Basis von gesetzlichen Regelungen verarbeitet. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir ein gesondertes Einverständnis von Ihnen. In diesen Fällen besteht wiederum das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Dieser Widerruf muss schriftlich erfolgen. Im Falle eines Einwilligungswiderrufs kann unter Umständen die weitere Behandlung im Psychosomatikum nicht mehr möglich sein. Es gibt für Sie auch die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu erkundigen oder zu beschweren, wenn bei Ihnen der Eindruck entsteht, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt ist. Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Holstenstraße 98, 24103 Kiel, Telefon: 04 31/988-12 00.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN: Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) Bundesdatenschutzgesetz. Rechtsgrundlage für die Übermittlung an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Abs. b SGB V für den Zweck der Behandlung und Dokumentation der Behandlung. Rechtsgrundlage für die Übermittlung der Daten an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, §§ 12 und 106 SGB V, § 295 Abs. 1a SGB V und §§ 298 und 299 SGB V. Rechtsgrundlage für die Übermittlung der Daten an die Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff., 291 Abs. 2b SGB V und § 36 Abs. 1 Bundesmantelvertrag der Ärzte. Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst ist der § 276 SGB V.