

Behandlungsvertrag

Liebe Eltern und Angehörige,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer sozialpsychiatrischen Praxis- wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen. Wir bitten Sie, uns diesen Behandlungsvertrag ausgefüllt via Post oder E-Mail unter info@kinder-jugendpsychiater.de zurückzusenden.

Bitte kreuzen Sie vor Unterschrift, das jeweilige Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an. Wir behandeln alle Informationen streng vertraulich im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht und geben sie nur mit Ihrem Einverständnis weiter.

Die Behandlung bei uns unterliegt einer Reihe von Bedingungen der gesetzlichen Krankenkassen, die für alle sozialpsychiatrischen Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten. Weitere Informationen hierzu und insbesondere zur Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) in der Praxis, finden Sie auf unserer Homepage www.kinder-jugendpsychiater.de.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gern während der Behandlung zur Verfügung. Vielen Dank!

Für die Behandlung in unserer Praxis benötigen wir das schriftliche Einverständnis aller Sorgeberechtigten, d.h. in der Regel beider Eltern:

- Ich habe alleiniges Sorgerecht
- Wir haben gemeinsames Sorgerecht

von Patientename _____, geb. am. _____

und bin / sind mit der Vorstellung, fachärztlichen Untersuchung und Behandlung meines / unseres Kindes in der Praxis Manfred Wurstner einverstanden.

*Ich wurde darüber informiert, dass eine Behandlung in der KJP-Praxis-Manfred Wurstner die **Einwilligung aller Sorgeberechtigten** erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.*

Datum / Unterschrift der Mutter

Datum / Unterschrift des Vaters

Erklärung zur sozialpsychiatrischen Behandlung

Ich/wir erklären hiermit, dass nicht gleichzeitig eine laufende sozialpsychiatrische Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ, zum Beispiel Kinderzentrum St. Martin), Psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen sozialpsychiatrischen Arztpraxen in Anspruch genommen wird bzw. eine stattgefundenene Behandlung als beendet erklärt wird.

Datum / Unterschrift der Mutter

Datum / Unterschrift des Vaters

Eine besondere Bitte:

Die KJP-Praxis Manfred Wurstner ist eine Bestellpraxis. Die nach dem Erstgespräch weiter vereinbarten Termine gelten sowohl seitens der Praxis wie auch seitens der Patientenfamilien als verbindlich. Ausfälle sind für uns sehr zeitaufwendig und können leider nicht mehr anderen Patienten nutzen, weil wir diese nicht schnell genug für andere Patienten zur Verfügung stellen können. Wir haben dafür Verständnis, dass sie einen Termin nicht wahrnehmen können oder diesen auch im Alltag "vergessen". Gerne können Sie hierzu unsere Terminerinnerung via E-Mail oder SMS in Anspruch nehmen. Falls Sie einen Termin aus gewichtigen Gründen jedoch einmal nicht einhalten können, so bitten wir, den vereinbarten Termin zeitgerecht (mindestens 48 Stunden zuvor) über unseren Empfang per SMS oder E-Mail, telefonisch oder persönlich abzusagen.

Damit Sie uns künftig besser telefonisch erreichen können, haben wir unser Team um eine digitale Telefonassistenz – dem PraxisConcierge – verstärkt, die während der Sprechstunden aktiv geschaltet ist. Das bedeutet ganz konkret: Sobald unsere Mitarbeiterinnen mit Patient/innen am Telefon oder in der Praxis beschäftigt sind, soll eine smarte Sprachassistenz das Telefonat übernehmen.

Der Unterschied zum Anrufbeantworter: Die digitale Assistenz startet einen einfachen interaktiven Dialog, in dem die persönlichen Daten und das jeweilige Anliegen strukturiert aufgenommen werden. Die Inhalte des Gesprächs werden vom System aufgezeichnet und direkt verschriftlicht, und die erfassten Informationen werden für unsere Mitarbeiterinnen übersichtlich und strukturiert dargestellt.

Dies ermöglicht dann, effizient die einzelnen Anliegen zu bearbeiten und zügig zu beantworten – z.B. per SMS oder auch Rückruf – jedoch nur dann, wenn die im Dialog abgefragten Informationen auch entsprechend genannt wurden (Name, Geburtsdatum, Anliegen) und sie uns **ein Einverständnis zur Kommunikation via SMS und/oder E-Mail gegeben haben**.

Mit der Nutzung dieser modernen Technologie auf der Basis von künstlicher Intelligenz erhoffen wir uns die Verbesserung des Service für unsere Patient/innen und gleichermaßen auch eine Entlastung unserer Mitarbeiterinnen: Einerseits können so von Ihnen Terminwünsche, Wiederholungsrezepte, Terminabsagen, etc. per Telefon platziert werden – es gibt kein „besetzt“ oder „Durchklingeln“, kein unnötiges Warten.

Gleichzeitig kann sich unser Praxisteam auf die Patient/innen vor Ort in der Praxis konzentrieren und dann nach und nach die strukturiert erfassten telefonischen Anfragen abarbeiten, sobald sich im Praxisablauf eine entsprechende Lücke bietet, oder wenn die reguläre Sprechstunde beendet ist.

Im Notfall werden Sie selbstverständlich zu uns durchgestellt!

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutzverordnung (DSGVO)

Die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung personenbezogener Daten sind ohne Einwilligung der Betroffenen oder deren gesetzlichen Vertreter:innen nicht zulässig.

Grundsätzlich besteht das Recht auf Löschung, Auskunft und Widerspruch im Rahmen der für den Gesundheitsbereich geltenden besonderen gesetzlichen Bestimmungen. Insbesondere bedarf die Kommunikation per Telefon und E-Mail und der Datenaustausch per Fax und SMS einer ausdrücklichen Zustimmung der Betroffenen oder deren gesetzlichen Vertreter:innen, da sie potentiell abgefangen und mitgelesen werden kann.

Ihre Einwilligung ist freiwillig, die Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass die KJP Praxis Manfred Wurstner personenbezogene Daten erhebt, speichert und verarbeitet. Unsere Praxis arbeitet interdisziplinär und im Team, daher ist eine Intervention und Supervision der Diagnostik- und Behandlungsverläufe zur Qualitätssicherung und auch nach den Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen gewünscht und notwendig. Innerhalb der Praxis werden Daten ausgetauscht, alle Mitarbeiter:innen unterliegen der Schweigepflicht.

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass mir die KJP Praxis Manfred Wurstner **per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS** Informationen inklusive personenbezogener Daten und Terminbestätigungen übersendet.

Die Risiken, die mit dem Versand solcher Nachrichten verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Als Sorgeberechtigte(r)/ Vormund/ Patient bin/sind ich/wir damit einverstanden, dass die der KJP Praxis Manfred Wurstner vorliegenden persönlichen Daten, wie z. B. Daten über den Gesundheitszustand und die Krankengeschichte, Geschlecht, Alter, Gewicht und Körpergröße u. a. auch computertechnisch gespeichert und verarbeitet werden. Dieser Vorgang beginnt bereits mit dem Einlesen der Gesundheitskarte, die ich/wir zu diesem Zweck vorlege/n. Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass autorisiertes und zur Verschwiegenheit verpflichtetes Personal (z. B. Ärzte, Therapeuten der Praxis, medizinische Fachangestellte, IT-Mitarbeiter unseres Arztprogrammes Softland GmbH, Mitarbeiter unseres Terminplaner-Software für Arztpraxen, MED+ORG Alexander Reichert GmbH, Mitarbeiter der CGM Mobile Services GmbH für CLICKDOC (Videosprechstunde), Mitarbeiter der jeweiligen Krankenkasse, Mitarbeiter unserer Privaten Abrechnungsstelle für Ärzte, PRIVAS GmbH & CO. KG, Mitarbeiter der PraxisConcierge Software GmbH, in die vorhandenen personenbezogenen Daten meines Kindes/ Mündels Einsicht nehmen kann, soweit dies für die Behandlung und für die Bearbeitung meiner Belange (z. B. Terminvereinbarungen, Telefonauskunft, Rezepte oder Überweisungen ausstellen, Abrechnung, Updates mit Fernwartung, interne Fallbesprechungen, Teamsitzungen und bei Bedarf in anonymisierter Form bei externen Supervisionen etc.) notwendig ist. Gegebenenfalls können zu therapeutischen Zwecken/ Fortbildungen Foto- und/ oder Videoaufnahmen gemacht werden. Darüber werden Sie im Einzelfall immer in Kenntnis gesetzt. Für diese Einwilligung habe/n ich/wir ein Widerrufsrecht.

E-Mail-Adresse

Mobilfunknummer

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (gesetzliche/r Vertreter/in)

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (gesetzliche/r Vertreter/in)