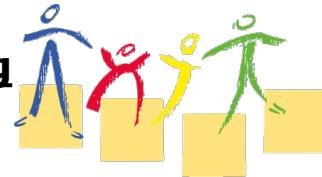


# Anfrage für eine Diagnostik oder Behandlung



Bitte füllen Sie dieses Formular (beide Seiten!) aus, lesen Sie sich alles aufmerksam durch und bringen Sie dieses Formular dann in unsere Praxis. Hierzu müssen Sie die Krankenkassenkarte des Kindes mitbringen, welches bei uns vorgestellt werden soll.

Sozialpsychiatrische Gemeinschaftspraxis  
Dr. med. Stefan Hagenhoff  
Dr. med. Helga Terwey-Weber  
Dr. med. Okka Cielejewski

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
-psychosomatik und -psychotherapie

## **1. Angaben zum Kind (welches behandelt werden soll):**

Name des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Anschrift des Kindes :

Krankenversicherung:

gesetzlich versichert     privat versichert     privat versichert mit Beihilfe

## **2. Angaben zu den Eltern (Sorgeberechtigte):**

Sorgeberechtigt?

Name der Mutter:

Ja     Nein

Name des Vaters:

Ja     Nein

ggf. Vormund/in:

Telefon:

Falls Geschwisterkinder bei uns in Behandlung sind, bitte Namen und Geburtsdatum eintragen:

## **3. Anliegen**

Beschreiben Sie in Stichpunkten das Problem / was Sie sich wünschen oder brauchen:

Haben Sie bereits Unterstützung bekommen? Welche Hilfen haben Sie im Moment?

# Einverständniserklärung in Mailverkehr und Ausfallpauschale

## **A. Datenschutzerklärung für Patienten**

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Arztpaxis und für die Nutzung unserer Dienstleistungen. Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Im Rahmen der Erfüllung unserer gesetzlichen Verpflichtungen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer Daten.

### **1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung in unserer Praxis ist: *Gemeinschaftspraxis am Bagno, z.Hd. Okka Cielejewski, Tecklenburger Straße 34 / 48565 Steinfurt*

### **2. Zweck der Datenerhebung und -verarbeitung**

Die Daten, die Sie uns im Rahmen der Behandlungsanfrage zur Verfügung stellen, werden ausschließlich für die Bearbeitung und Beantwortung Ihrer Anfrage verwendet. Hierbei kann es notwendig sein, dass wir uns per E-Mail an den/die Sorgeberechtigte/n wenden, um Informationen oder Bestätigungen im Rahmen des Anmeldeverfahrens an Sie zu senden.

### **3. Verwendung von E-Mail zur Kommunikation**

Indem Sie Ihre Zustimmung zur Kommunikation per E-Mail für die Behandlungsanfrage geben, erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir zur Abwicklung des Anmeldeverfahrens mit dem/den Sorgeberechtigten per E-Mail kommunizieren dürfen. Bitte beachten Sie, dass E-Mails grundsätzlich Sicherheitsrisiken bergen können, da sie potenziell von Unbefugten abgefangen, gelesen, kopiert oder manipuliert werden könnten. Wir verwenden angemessene Sicherheitsmaßnahmen, um Ihre Daten zu schützen, können jedoch für die Sicherheit von übermittelten Informationen per E-Mail nicht garantieren.

### **4. Keine Übermittlung sensibler Daten**

Wir möchten darauf hinweisen, dass im Rahmen der Kommunikation per E-Mail im Anmeldeverfahren von unserer Seite keine sensiblen Daten wie Arztberichte, personenbezogene Daten, Diagnosen oder Ergebnisse übertragen werden. Übermittelte Informationen beschränken sich auf die Abwicklung des Anmeldeverfahrens. Entweder werden wir Ihnen auf diesem Weg einen Termin mitteilen, oder für den Fall, dass wir keinen Behandlungsauftrag für unsere Praxis feststellen können, Ihnen empfehlen, an welche Stelle sie sich wenden können.

### **5. Ihre Rechte**

Gemäß der DSGVO haben Sie das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Sie haben außerdem das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten zu widersprechen sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Bitte kontaktieren Sie uns dazu unter den angegebenen Kontaktdaten.

### **6. Kontakt**

Für Fragen oder Anliegen bezüglich Ihrer Datenschutzrechte oder zur Verarbeitung Ihrer Daten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns schriftlich unter den angegebenen Kontaktdaten.

### **7. Alternative**

Möchten Sie dem Verfahren der Email-Kommunikation nicht zustimmen, so bieten wir alternativ an, dass wir Sie telefonisch kontaktieren können.

## **B. Ausfallpauschale**

Sollten Sie einen vereinbarten Termine nicht 24 Stunden vorher absagen, so wird Ihnen die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß §§ 615 BGB von uns in Rechnung gestellt werden; das Ausfallhonorar wird unsererseits mit dem Multiplikator **50,00 Euro** pro vereinbarter Stunde berechnet. Bitte beachten Sie: dieses Ausfallhonorar ist seitens Ihrer Krankenkasse nicht erstattungsfähig und somit von Ihnen selbst zu tragen!

## **C. Zustimmung und Widerruf**

Mit Ihrer Unterschrift und der Zustimmung zur Kommunikation per E-Mail für die Behandlungsanfrage erklären Sie sich mit der Datenschutzerklärung (**Punkt A.**) einverstanden und stimmen zu, dass Sie sich der möglichen Risiken bewusst sind. Zudem erklären Sie sich damit einverstanden die Ausfallpauschale (**Punkt B.**) wie oben beschrieben im Falle eines nicht abgesagten Termins zu entrichten. Dieses Einverständnis können Sie jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen.

**Mailadresse:** \_\_\_\_\_

---

(Ort, Datum & Unterschrift einer sorgeberechtigten Person)

Sozialpsychiatrische Gemeinschaftspraxis  
Am Bagno  
Tecklenburger Straße 34  
48565 Steinfurt  
Fon 0 25 51 / 86 21 44  
Fax 0 25 51 / 86 21 45  
www.kinderpsychiatrie-steinfurt.de

Bankverbindung  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
BIC DAAEDEDXXXX  
IBAN DE25 3006 0601 0069 9407 82

