



	1. Elternteil	2. Elternteil
Stief-/Pflegeeltern: Name, Vorn.:	_____;	_____
Adresse:	_____;	_____
Handy:	_____;	_____
Festnetz:	_____;	_____
eMail:	_____;	_____

Weitere für **Schweigepflichtsentbindung relevante Bezugspersonen** (Personen, mit denen die Praxis Kontakt haben wird, wie z. B. Großeltern, die das Kind bringen oder Personen, die Terminvereinbarungen übernehmen):

Bezeichnung: _____
Name, Vorn.: _____
Adresse: _____
Handy: _____
Festnetz: _____
e-Mail: _____

Aktuelle Beschäftigung (Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf, Bildungsmaßnahme, etc.)

Name des Kindergartens/der Schule/des Arbeitgebers: _____
Bei Schule/Kindergarten Name der (Klassen-) Leitung: _____
Bei Schule, welche Klasse _____
Bei Schule, Name des/der Schulpsychologen/-in _____
Bei Schule, Name des/der Schulsozialpädagogen/-in _____
Bei Ausbildung/Arbeit, welcher Beruf, welches Lehrjahr: _____

Haus-/Kinderarzt (Angabe verpflichtend):

Name: _____, Ort: _____

Weitere für die Erkrankung relevante Ärzte (Kinder- und Jugendlichenpsychiater), Kliniken; für ggf. notwendige Befundanforderungen, auch wenn schon lange zurückliegend:

Name: _____, Ort: _____
Name: _____, Ort: _____
Name: _____, Ort: _____

- War der Patient/die Patientin bereits in stationärer Behandlung oder Reha-Behandlung?

nein

ja: Behandlungszeitraum von _____ bis _____

Behandlungsgrund: _____

Name und Ort der (Reha-) Klinik: _____



- War der Patient/die Patientin bereits in **psychotherapeutischer** Behandlung?

nein

ja: Behandlungszeitraum von _____ bis _____

Name: _____, Ort: _____

- Hat der Patient/die Patientin einen **Grad der Behinderung**?

nein

ja: Grad der Behinderung _____; Merkzeichen _____

- Hat der Patient/die Patientin eine **Pflegestufe**?

nein

ja: Stufe _____

- War der Patient/die Patientin früher bereits in folgender Behandlung: Frühförderung, Ergotherapie, Logopädie?

nein, in keiner

ja, Frühförderung: Behandlungszeitraum von _____ bis _____

Name: _____, Ort: _____

ja, Ergotherapie: Behandlungszeitraum von _____ bis _____

Name: _____, Ort: _____

ja, Logopädie: Behandlungszeitraum von _____ bis _____

Name: _____, Ort: _____

- Soll der Patient/die Patientin derzeit regelmäßig Medikamente nehmen (Dosierung)?

Werden die Medikamente eingenommen? ja nein

Ist der Patient/Die Patientin in Kontakt mit dem Jugendamt?

nein

ja, zuständiges Jugendamt: _____

ja, wegen Vormundschaft, Name der zust. Fachkraft: _____

ja, wegen Erziehungsbeistandschaft, Name der zust. Fachkraft: _____

ja, wegen Pflegschaft, Name der zust. Fachkraft: _____

ja, wegen Lerntherapie, Name der zust. Fachkraft: _____

ja, wegen Familienhilfe,

Name der zust. Fachkraft: _____

Träger: _____

Telefonnummer/Handy: _____



Gemeinschaftspraxis Gradl und Lindner, Postgartenstr. 5, 92421 Schwandorf

ja, wegen Einzelfallhilfe,

Name der zust. Fachkraft: _____

Name der Fachkraft: _____

Träger: _____

Telefonnummer/Handy: _____

Bitte teilen Sie Änderungen, vor allem des zuständigen Kostenträgers, der Adress- und Telefondaten, unverzüglich mit.

Ja, mit der Datenschutzverordnung (dem Anmeldebogen anhängend oder auf Rückseite ausgedruckt) erkläre ich mich einverstanden.

Ja, mit dem Versand von Unterlagen an meine angegebene eMailadresse erkläre ich mich einverstanden (wenn nicht, bitte durchstreichen!)

Schwandorf, Datum: _____

Name (bitte leserlich Vorname und Nachname): _____

Unterschrift



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist unsere Praxis.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

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 berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Eine längere Aufbewahrung bedarf einer besonderen Begründung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesamt für Datenschutzaufsicht



GemeinSchafTspraxiS Gradl und Lindner, Postgartenstr. 5, 92421 Schwandorf

Postfach 606, 91511 Ansbach
Promenade 27 (Schloss), 91522 Ansbach

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben oder eine Kopie dieser Information möchten, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam