



Anmeldebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen VOLLSTÄNDIG aus. Lassen Sie keine Frage aus. Wenn etwas nicht auf Sie zutrifft, streichen Sie es bitte durch. Sie helfen damit, zu erkennen, ob eine Angabe nur vergessen wurde und vermeiden Rückfragen.

Patient/-in: Name, Vorn.: _____
 Adresse: _____
 Handy: _____
 Festnetz: _____
 e-Mail: _____
 Geburtsdatum: _____; männlich, weiblich, divers, unklar
 Staatsangeh.: _____; (in Dtl. seit: _____)

 lebt bei: beiden Eltern, Vater, Mutter, eigen. Whg.,
 sonstige: _____
 Sorgerecht: beiden Eltern, Vater, Mutter, über 18J,
 sonstige: _____

Gesetzl. Kranken- Name der Krankenkasse: _____
versicherung: Versichertennummer: _____
 Versichert über.: Name: _____ Geb.dat.: _____

Privatversicherung: Name der Versicherung: _____
 Versichert über.: Name: _____ Geb.dat.: _____

Beihilfe: vorhanden? ja nein
 Name der Beihilfeversicherung: _____
 Versichert über.: Name: _____ Geb.dat.: _____

| | 1. Elternteil | 2. Elternteil |
|----------------|---------------------|---------------|
| Leibl. Eltern: | Name, Vorn.: _____; | _____ |
| | Adresse: _____; | _____ |
| | Handy: _____; | _____ |
| | Festnetz: _____; | _____ |
| | eMail: _____; | _____ |



| | 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: _____

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: _____

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, Therapievorschläge 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 ubernmitteln 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, Kassenarztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztliche Verrechnungsstellen sein.

Die ubernmittlung 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 ubernmittlung von Daten an weitere berechtigte 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 Aufsichtsbehore 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 Aufsichtsbehore lautet:

Landesamt für Datenschutzaufsicht
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