



DR. MED. MICHELLE MAIER
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Lister Straße 41 | 30163 Hannover
Tel. 0511-39 45 155
info@kjp-list.de | www.kjp-list.de

Erstvorstellung in der KJP List

Sehr geehrte Eltern,
liebe Patient*innen,

wir bitten Sie darum die folgenden Seiten aufmerksam zu lesen, sowie vollständig und leserlich auszufüllen und an uns zurückzusenden.

Bei den Formularen ist es **notwendig**, dass Sie diese selbst unterschreiben und uns die Originale z.B. per Post zukommen zu lassen.

Unsere Anschrift lautet:

KJP List
Lister Straße 41
30163 Hannover

Nach Eingang Ihrer Unterlagen werden wir Sie zeitnah kontaktieren (telefonisch oder per Mail) und mit Ihnen einen Termin für ein Erstgespräch vereinbaren.

Zum Termin bringen Sie bitte dann mit:

- **Krankenkassenkarte Ihres Kindes** (Bitte denken Sie daran, dass die Karte in jedem Quartal eingelesen werden muss.)
- das gelbe Vorsorgeuntersuchungsheft
- Vorbefunde Ärzte oder Therapeuten (z.B. Ergotherapie, Logopädie) / Testergebnisse
- Lernentwicklungsberichte / Berichte aus der Kita
- bei Schulkindern die letzten beiden Zeugnisse in Kopie
- **Bei alleinigem Sorgerecht: Nachweis in Kopie**

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht benötigen wir das schriftliche Einverständnis, dass der nicht anwesende Elternteil der kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellung und der gegebenenfalls durchzuführenden Diagnostik und Therapie zustimmt.

Der vereinbarte Termin ist ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher ab. Absagen können Sie uns entweder telefonisch, über das Kontaktformular auf unserer Webseite oder per Email (info@kjp-list.de) zukommen lassen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden wir mit einem Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung und freuen uns darauf Sie und Ihr Kind kennenlernen zu können!

Mit freundlichen Grüßen,
Ihr Praxisteam

ANAMNESEBOGEN¹

PATIENT / PATIENTIN

Vollständiger Name des Kindes /Jugendlichen _____

Geburtsdatum _____

männlich weiblich divers

Anschrift: _____

Das Kind lebt derzeit bei:

bei beiden leiblichen Eltern bei der leiblichen Mutter beim leiblichen Vater

in einer Pflegefamilie seit _____ Name Pflegefamilie _____

in einer Adoptivfamilie seit _____ Name Adoptivfamilie _____

in einer Jugendhilfeeinrichtung seit _____ Name Einrichtung _____

Name Bezugsbetreuer:

Telefon/ Mobil: _____

E-Mail: _____

Versichert gesetzlich privat Name der Versicherung: _____

Sorgerecht liegt bei Mutter Vater beiden Eltern _____

Bei Vorliegen des alleinigen Sorgerechts benötigen wir den entsprechenden Nachweis (z. B. Negativbescheinigung).

Kinderarzt/-ärztin, Hausarzt/-ärztin:
(Name und Anschrift)

MUTTER

Name, Vorname _____ Geb. _____

Adresse _____

Email _____ Telefon _____

Beruf _____

¹ Bitte nicht zutreffendes freilassen!

VATER

Name, Vorname _____ Geb. _____

Adresse _____

Email _____ Telefon _____

Beruf _____

Beziehungsstatus der Eltern: Zusammen Verheiratet getrennt seit _____

Ggf. Umgangsregelung: _____

Gibt es körperliche oder psychische Erkrankungen in der Familie? nein ja, bei wem? Was?

Geschwister:

Name _____ Alter _____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter _____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter _____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter _____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter _____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

VORSTELLUNGSGRÜNDE – Was führt Sie zu uns?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aggressives Verhalten | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> zwanghaftes Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Autistische Züge/Verhalten | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Lese- oder Rechtschreibschwäche |
| <input type="checkbox"/> geht nicht zur Schule | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Rechenschwäche |
| <input type="checkbox"/> Essen/Appetit/Essverhalten | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen/Alpträume | <input type="checkbox"/> Delinquentes Verhalten (klauen, stehlen) |
| <input type="checkbox"/> depressive Symptomatik | <input type="checkbox"/> Suchtverhalten | <input type="checkbox"/> Lläuft von zu Hause weg |
| <input type="checkbox"/> Panikattacken | | <input type="checkbox"/> Etwas Anderes: _____ |

Wann traten die Probleme erstmals auf? _____

Wer hat die Vorstellung empfohlen? _____

Belastende Lebensereignisse? (Wann? Was ist passiert?):
(z.B. Trennung?, Scheidung der Eltern, Verlust wichtiger Bezugspersonen)

Bisherige Behandlungen¹

Bitte geben Sie das Alter des Kindes, die Dauer der Behandlung, sowie den Namen des Behandlers an.

- Ambulante Psychotherapie: _____

- Ergotherapie: _____

- Logopädie: _____
- Rehabehandlungen: _____
- Lerntherapie: _____
- KJP Behandlungen²: _____

- Andere Behandlungen? _____

Gibt es aktuell eine Behandlung in einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einer der Institutsambulanzen der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (z. B. AMEOS, AWO Königslutter)?

nein ja, wo?

Wann zuletzt?: _____

¹ Bitte bringen Sie die Behandlungsberichte zum Erstkontakt mit!

² Z. B. andere KJP Praxis, Ambulanz, Klinik stationäre oder teilstationär (Tagesklinik)

Entwicklung des Kindes

Komplikationen?: _____

In welcher Schwangerschaftswoche? _____

Spontangeburt mit Einleitung Kaiserschnitt

Geburtsparameter: Größe _____ Gewicht _____ Kopfumfang _____ APGAR _____

Auffälligkeiten beim Kind nach der Geburt ?

nein ja, folgende: _____

Körperliche oder psychische Probleme der Eltern nach der Geburt oder während der Schwangerschaft:

nein ja, folgende: _____

Wurde das Kind gestillt?

nein ja Dauer: _____

Meilensteine der Entwicklung (In welchem Lebensmonat?):

Freies Laufen _____

Erste Wörter _____

Tagsüber trocken _____ nachts trocken _____

Sauber _____

Kindergarten

Wurde ein Kindergarten besucht? nein ja, ab wann? _____

Gab es Wechsel des Kindergartens? nein ja, wann? weswegen?

Probleme in dieser Zeit ?

nein

ja, folgende:

Schulbesuch

Alter bei Einschulung _____ Aktuelle Schule _____

Aktuell besuchte Klasse _____ Aktuelle Schulform _____

Klassenwiederholungen nein ja, wann? Grund?: _____

Wurde bereits ein Schulabschluss erreicht? nein ja, folgender: _____

Probleme in dieser Zeit ?

nein

ja, folgende:

Jugendamt

Gibt es Kontakt mit dem Jugendamt? nein ja

Zuständige(r) Sachbearbeiter/in: _____

Art der Hilfe durch das Jugendamt (seit wann?, wie lange?)

- Beratung (Erziehungsberatung) _____
- Ambulante Hilfen (z.B. SPFH/Erziehungsbeist.) _____
- Teilstationäre Hilfe (Tagesgruppe) _____
- Vollstationäre Hilfe (Wohngruppe) _____
- Andere Unterstützung _____

Erkrankungen

Schwere/chronische Erkrankungen¹ nein ja, folgende: _____

Probleme beim Sehen oder Hören nein ja, folgende: _____

Brille nein ja, Grund: _____

Bekannte Allergien nein ja, folgende: _____

Medikamente nein ja, folgende (bitte Dosierung):

Gibt es Hinweise auf Konsum von Substanzen?

Nikotin nein ja, wie viel? _____

Alkohol nein ja, wie viel? _____

Andere Drogen nein ja, welche? Wie viel? _____

Welche Hobbys hat Ihr Kind? _____

Welche Stärken hat Ihr Kind? _____

Hat Ihr Kind Freunde? _____

Wie viel Zeit wird mit Medien verbracht?

- PC-Spiele ___ Std./Tag Spielkonsole ___ Std./Tag Handy ___ Std./Tag Internet ___ Std./Tag
 Soziale Medien ___ Std./Tag TV ___ Std./Tag KI _____ Std./Tag

¹ Zum Beispiel Diabetes Mellitus Typ 1

Einverständniserklärung des / der sorgeberechtigten Elternteils /Elternteile / Vormunds / Ergänzungspflegers

Die Behandlung bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist im Sinne der sorgerechtlchen Vorschriften des BGB eine Angelegenheit von "erheblicher Bedeutung". Diese verpflichtet Eltern, ihre gemeinsame Sorge im Einvernehmen auszuüben.

Für die Diagnostik und Behandlung ihres Kindes in unserer Praxis bedeutet dies, dass wir ein schriftliches Einverständnis **aller Sorgeberechtigten** benötigen, sofern **beide** Elternteile das Sorgerecht für das Kind bzw. die/den Jugendliche/n haben.

Hiermit erkläre ich mich/ wir uns damit einverstanden, dass

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

wohnhaft: _____

vom Team der Praxis KJP List untersucht und behandelt (Diagnostik und Therapie) wird.

Sorgeberechtigt ist/sind:

- Beide Eltern nur die Mutter nur der Vater
 der Vormund /Ergänzungspfleger

Bei gemeinsamem Sorgerecht getrenntlebender Eltern bitte beiliegendes Formular vom Elternteil ausfüllen und unterschreiben lassen, welcher nicht am Termin teilnehmen wird.

Wenn nur ein Elternteil sorgeberechtigt ist, übersenden Sie uns bitte zusätzlich eine schriftliche Bescheinigung (z.B. vom Jugendamt), dass nur Sie alleine sorgeberechtigt sind.

Datum, Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Datum, Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Einverständniserklärung des nicht teilnehmenden sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

wohnhaft: _____

vom Team der Praxis KJP List untersucht und behandelt (Diagnostik und Therapie) wird.

Darüber hinaus ermächtige ich die Mutter den Vater

Name: _____

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtsentbindungen vorzunehmen.

Angaben des nicht teilnehmenden Elternteils:

Name, Vorname _____ Geb. _____

Adresse _____

Email _____ Telefon _____

Datum, Unterschrift

Behandlungsvertrag und Honorarausfallvereinbarung

Ich/Wir _____ wünsche/wünschen die Behandlung durch die Praxis KJP List, Lister
Straße 41, 30163 Hannover als **privatärztliche Behandlung** meines /unseren minderjährigen Kindes

(Name und Geburtsdatum des Kindes)

Hinweise zur Rechnungserstellung

Der Rechnungsbetrag ist von mir/uns **vollständig zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch die Versicherung und / oder Beihilfe**, da Einschränkungen in Versicherungsverträgen für die Arztpraxis nicht bekannt oder ersichtlich sind.

Bitte prüfen Sie ggf. welche Einschränkungen das in Ihrem Fall sind und ob und ggf. **welche Eigenanteile der Rechnung durch Sie trotz bestehender Versicherung durch Sie persönlich getragen werden müssen.**

Da die bisher gültige GOÄ im Wesentlichen aus dem Jahr 1982 stammt und 1996 lediglich teil-novelliert wurde, bildet sie weder die Dynamik des ärztlichen Leistungsspektrums noch die aktuelle Kosten- und Preisentwicklung ausreichend ab. Für einige unserer Leistungen gibt es daher keine Ziffern in der Gebührenordnung, **daher rechnen wir nach §6 Absatz 2 GOÄ auch analoge Ziffern ab** und beziehen auch die ab dem 01.07.2024 gültigen gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen in unsere Rechnungsstellungen mit ein. **Wir erlauben uns bis zum Faktor 3,5 GOÄ abzurechnen.**

Die bei einigen Tarifen eingeschränkten Erstattungen können nicht berücksichtigt werden (z.B. KVB I-III, Basistarif, Notlagentarif, Standardtarif, Studententarif, öffentlich-rechtliche Kostenträger).

Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass möglicherweise **einige beauftragte Laborwerte** von Ihrer Privatkasse nicht übernommen werden.

Die Rechnungsstellung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte GOÄ.

Bitte füllen Sie diesen Behandlungsvertrag vollständig aus.

Ort, Datum

Unterschrift Eltern

Versäumte Termine

Als Terminpraxis haben wir Ihren Termin exklusiv für Sie reserviert. Falls Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte **24 Stunden** vorher in der Praxis ab, um uns die Möglichkeit zu geben den Termin anderweitig zu vergeben.

Bitte haben Sie Verständnis, das wir Ihnen, falls der Termin nicht rechtzeitig abgesagt wird nach §615 BGB 50,00 Euro (für einen einstündigen Termin) und 100,00 Euro (für Doppelstunde) bzw. die Kosten bis zur Höhe der an diesem Tag für Sie zu erbringenden Leistungen als Verdienstausfall in Rechnung stellen müssen, es sei denn am Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Bitte reichen Sie ein ärztliches Attest nach bei Erkrankung des Kindes.

Ort, Datum

Unterschrift Eltern

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG (PVS), Invalidenstr. 92, 10115 Berlin wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen. Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Eltern

Behandlungsvertrag Privat

Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Zahlungspflichtige(r) / Rechnungsempfänger(in):

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Mobil

dienstlich

Arbeitgeber

Krankenversicherung | Kostenträger

Normale privat Krankenversicherung

Basistarif

Standardtarif

Beihilfeberechtigt

Post B

KBV

Hiermit wird ein Behandlungsvertrag geschlossen. Der Patient bzw. die/der Sorgeberechtigte teilt ausdrücklich mit, privat versichert zu sein.

Für das Honorar gilt die Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Als Vergütung stehen dem Arzt nach GOÄ Gebühren, Entschädigungen (Wegegeld, Reiseentschädigung) und Ersatz von Auslagen zu. Die/Der Patient/in bzw. die/der Sorgeberechtigte ist Honorarschuldner des Arztes. Durch seinen Versicherungsvertrag hat er aber gegen seine Versicherung einen tarifmäßigen Erstattungsanspruch. Der Patient bzw. die/der Sorgeberechtigte verpflichtet sich als Selbstzahler, das fällige Honorar unabhängig davon zu begleichen, ob eine (Teil-) Erstattung der entstandenen Kosten durch Erstattungsstellen (z. B. Krankenversicherung, Beihilfe, etc.) erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Ich nehme zur Kenntnis, dass Daten meines Kindes praxisintern allen Mitarbeitenden der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu seiner Behandlung erforderlich ist.

Hiermit entbinde(n) ich/wir die behandelnden Ärzte und Therapeuten der Praxis KJP List meines/unseres Kindes

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

wohnhaft: _____

von der Schweigepflicht gemäß §203 StGB gegenüber folgenden Personen/Institutionen, um Behandlungs- und betreuungsrelevante Informationen auszutauschen sowie therapeutische Vorgehensmöglichkeiten zu besprechen. **Bitte teilen Sie uns mit, falls Sie für jede Person eine eigene Schweigepflichtsentbindung wünschen.**

Behandelnde Ärzte (z. B. Kinderarzt): (Tel.)

Psychotherapeut: (Tel.)

Lehrer: (Tel.)

Ergotherapeut /Logopädie: (Tel.)

Erzieher: (Tel.)

Familienhelfer: (Tel.)

Erziehungsbeistand: (Tel.)

Mitarbeiter Wohngruppe¹: (Tel.)

Jugendamt: (Tel.)

Sonstige: (Tel.)

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt wechselseitig. Diese kann jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden.

Datum, Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

¹ Gerne auch Angabe zum Bezugspfleger / Bezugspflegerin

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 sind:

KJP List, Dr. Michelle Maier, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -
psychotherapie, Lister Straße 41, 30163 Hannover
Tel: 0511 3945155, Mail: info@kjp-list.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

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

Hierzu verarbeiten wir die 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 Arzt- oder Entlassungsbriefen).

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

3. Empfänger der Daten

Wir ubernmitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie der ubernmittlung durch Ihre Unterschrift auf einer Schweigepflichtsentbindung eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenarztlliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztlliche Verrechnungsstellen sein.

Die ubernmittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der 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 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

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 können sich jederzeit mit einer Beschwerde an die für Sie zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Ihre zuständige Aufsichtsbehörde richtet sich nach dem Bundesland Ihres Wohnsitzes, Ihrer Arbeit oder der mutmaßlichen Verletzung. Eine Liste der Aufsichtsbehörden (für den nichtöffentlichen Bereich) mit Anschrift finden Sie unter:

https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html

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, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Die Patienteninformationen habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift