



Kinder- Jugendlichenpsychotherapeutin

Lena Maria Straub

Im Brückerfeld 8

42799 Leichlingen

Telefon: 0163 4555090

Fax: 0217 57302129

Mail: Info@kjp-straub.de

Einverständniserklärung zum Datenschutz

- zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - §73 Abs. 1 b SGB V -

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum (Kind)

Sehr geehrte Sorgeberechtigte,

aufgrund der seit dem 25. Mai 2018 geltenden Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) bitten wir Sie um Ihre Zustimmung zur Verarbeitung und Weitergabe von Behandlungsdaten.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Lena Straub mit mir/uns Kontakt aufnehmen darf – beispielsweise für Terminvereinbarungen, Terminerinnerungen, Änderungen im Praxisablauf oder Mitteilungen über Urlaubszeiten – über folgende Kommunikationswege (bitte ankreuzen):

☐ Telefon, z. B. Anruf oder SMS

(Telefonnummer/n:)

☐ E-Mail

(Mail-Adresse/n:)

☐ Brief

(Adresse/n:)

Sollten sich Kontaktdaten ändern (z. B. neue Telefonnummer, E-Mail-Adresse oder Anschrift), werde/n ich/wir die Praxis umgehend informieren.

Gemäß §73 Abs. 1b SGB V willige/n ich/wir ein, dass die Psychotherapeutin Lena Maria Straub personenbezogene Daten – insbesondere Gesundheitsdaten, Befunde und krankheitsbezogene Informationen – bei anderen beteiligten Leistungserbringern einholt (z. B. Kinder-, Haus-, FachärztInnen, Kliniken, psychotherapeutische VorbehandlerInnen, Ergo-/Logo-/PhysiotherapeutInnen, nach vorliegender Schweigepflichtentbindung). Ebenso dürfen relevante Befunde oder Informationen an mitbehandelnde ÄrztInnen, Kliniken oder TherapeutInnen weitergegeben werden.



Kinder- Jugendlichenpsychotherapeutin

Lena Maria Straub

Im Brückerfeld 8

42799 Leichlingen

Telefon: 0163 4555090

Fax: 0217 57302129

Mail: Info@kjp-straub.de

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass diese Kommunikation telefonisch, per Fax, E-Mail oder e-Brief erfolgen darf.

Darüber hinaus stimme/n ich/wir der Speicherung und Weitergabe von Abrechnungsdaten an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (bei gesetzlich Versicherten) bzw. an den Rechnungsempfänger oder das Abrechnungszentrum (bei Privatversicherten/Selbstzahlenden) zu.

Alle übermittelten Daten dürfen ausschließlich zur Durchführung, Dokumentation und Abrechnung der Behandlung verwendet werden.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig – vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Unterstützung.

Die Patienteninformation zum Datenschutz (EU-DSGVO) wurde mir/uns ausgehändigt. Ich/wir weiß/wissen, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Bitte beachten Sie, dass ein Widerruf möglicherweise Auswirkungen auf die weitere Durchführung notwendiger Behandlungen haben kann.

.....
Ort, Datum – Unterschrift (Mutter)

.....
Ort, Datum – Unterschrift (Vater)

.....
Ort, Datum – Unterschrift (andere Sorgeberechtigte)