

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

um Ihnen eine angemessene und auf Ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben.

Dies können neben Angaben zur Person (wie Alter, Größe, Gewicht, bestimmte Gewohnheiten oder berufliche Tätigkeit) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein (bspw. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente). Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie.

Um dieses Verfahren der Anamnese zu beschleunigen und Ihnen einen zügigen Start der Therapie zu ermöglichen, benutzen wir in unserer Praxis standardisierte Fragebögen.

Dabei kann es vorkommen, dass durch den Fragenkatalog Daten abgefragt werden, die im Einzelfall für Sie oder Ihren Behandlungsanlass ohne Bedeutung sind.

Sollten Sie also eine der Fragen nicht verstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihre Therapie nicht nachvollziehen können, lassen Sie diese zunächst aus und besprechen Sie sie bitte direkt mit Ihrem behandelnden Therapeuten.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten.

Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern.

Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeuten für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der Therapeut die Behandlung ablehnt.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation solange archiviert, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren (§630 f. Abs. 3 BGB).

Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen oder Fotokopien davon anfertigen. Sie haben das Recht, unrichtige Angaben berichtigen oder löschen zu lassen.

Bei Beschwerden oder Unklarheiten wenden Sie sich gern vertrauensvoll an Ihren behandelnden Therapeuten.

Sie haben aber auch das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Zur Unterstützung Ihrer erfolgreichen Behandlung bitten wir Sie, den Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

Ihr Praxisteam

Dr. med (I) Ina Dieffenbach
Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
/psychotherapie
Stratmanns Weg 13, 45731 Waltrop
Tel.: 0 23 09 / 54 390 60, Fax: 54 390 69
BSNR: 19 40 853 00

Praxisstempel



Dr. Ina Dieffenbach
Sozialpsychiatrische Praxis
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Dr. Ina Dieffenbach
Stratmanns Weg 13
45731Waltrop

Telefon: 02309 / 543 90 60
Telefax: 02309 / 543 90 69
E.- Mail: info@dr-dieffenbach.de
www.dr-dieffenbach.de

St.- Nr.: 340/5061/1362
Deutsche Bank
IBAN: DE88 3607 0024 0399 0819 00

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

zur Entlastung unserer Verwaltung
werden unsere Rechnungen für Ihre in Anspruch genommene/ n Therapieleistungen durch:

FairSerf OHG, Behringhauser Straße 27, 44575 Castrop-Rauxel

bearbeitet.

Dies ermöglicht uns einen größeren Freiraum für die Therapie.

Wir bitten Sie daher, uns mittels Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen.

Hiermit erteile ich oben genannter Praxis für die vollständige Behandlungsreihe die Einwilligung in die Datenweitergabe:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

ggf. gesetzlicher Vertreter.

Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle.
Ich habe davon Kenntnis genommen,
dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen,
mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
Der Widerruf hat bei oben genannter Praxis zu erfolgen.

Ort

Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten/
gesetzlichen Vertreters



Dr. Ina Dieffenbach
Sozialpsychiatrische Praxis
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Dr. Ina Dieffenbach
Stratmanns Weg 13
45731 Waltrop

Telefon: 02309 / 543 90 60
Telefax: 02309 / 543 90 69
E.- Mail: info@dr-dieffenbach.de
www.dr-dieffenbach.de

St.- Nr.: 340/5061/1362
Deutsche Bank
IBAN: DE88 3607 0024 0399 0819 00

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

, dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten
(z.B. Termindaten, Kontaktdaten, Befunde)

durch die Praxis

über folgenden Kommunikationsweg ohne weitere Sicherungsmaßnahmen
und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

E-Mail an folgende Adresse:

WhatsApp an folgende Nummer:

Sonstige:

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden,
dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt.
Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung je-derzeit ohne Angabe von Gründen
mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Ort

Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten/
gesetzlichen Vertreters



Dr. Ina Dieffenbach
Sozialpsychiatrische Praxis
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Dr. Ina Dieffenbach
Stratmanns Weg 13
45731Waltrop

Telefon: 02309 / 543 90 60
Telefax: 02309 / 543 90 69
E.- Mail: info@dr-dieffenbach.de
www.dr-dieffenbach.de

St.- Nr.: 340/5061/1362
Deutsche Bank
IBAN: DE88 3607 0024 0399 0819 00

Entbindung der Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich mich einverstanden,
dass Mitarbeiter Praxis Dr. Ina Dieffenbach über mein Kind

geb. am

Name, Vorname

Geburtsdatum

Informationen schriftlich und mündlich mit den unten angegebenen Personen austauschen dürfen.

Fachärzte:

Kinder-/Haus- Ärzte:

Kinder-/Jugend- Psychotherapeuten:

Erziehungsberatungsstelle:

Kindergarten/ Schule:

Jugendamt:

Sonstige(s):

Ort

Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Unterschrift Erziehungsberechtigte/ r