



Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Dr. med. Catherin Gräfe & Melanie Mertes • Präsident-Krahn-Straße 12 • 22765 Hamburg

Telefon: 040 89019446 • Fax: 040 89019447 • E-Mail: info@kjp-praxis-altona.de

Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

Sie haben sich zu einer Vorstellung oder Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis entschieden. Für die Behandlung in unserer Praxis benötigen wir das schriftliche Einverständnis aller Sorgeberechtigten, d.h. in der Regel beider Eltern:

Kind / Jugendliche/r

Geburtsdatum

Name, Vorname der Mutter

Geburtsdatum

Name, Vorname des Vaters

Geburtsdatum

Das Sorgerecht wird ausgeübt von:

den Eltern der Mutter alleine dem Vater alleine andere:

Ich wurde darüber informiert, dass eine Behandlung in der KJP-Praxis-Altona die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Die KJP Praxis Altona ist eine Bestellpraxis. Ich bin darüber informiert worden, dass im Falle einer Verhinderung Termine mindestens 24 Stunden vor Beginn abzusagen sind. Sollte ohne triftigen Grund ein fest vereinbarter Termin nicht wahrgenommen werden, wird dies nach Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet und Ihnen entsprechend § 615 BGB privat in Rechnung gestellt.



Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Dr. med. Catherin Gräfe & Melanie Mertes • Präsident-Krahn-Straße 12 • 22765 Hamburg

Telefon: 040 89019446 • Fax: 040 89019447 • E-Mail: info@kjp-praxis-altona.de

Ich bestätige hiermit zudem, dass aktuell keine parallele Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis oder Institutsambulanz, dem Familienzentrum Nord, dem Institut für Neuro- und Sozialpädiatrie SPZ Hamburg-Ost, dem Werner-Otto-Institut, dem Zentrum für Kindesentwicklung (Flehmig-Institut) oder einer sozialpädiatrisch arbeitenden Praxis erfolgt. Sollte eine parallele Behandlung eintreten, werden wir dies der KJP Praxis Altona unmittelbar mitteilen.

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung personenbezogener Daten sind ohne Einwilligung der Betroffenen oder deren gesetzlichen Vertreter:innen nicht zulässig. Grundsätzlich besteht das Recht auf Löschung, Auskunft und Widerspruch im Rahmen der für den Gesundheitsbereich geltenden besonderen gesetzlichen Bestimmungen.

Insbesondere bedarf die Kommunikation per Telefon und E-Mail und der Datenaustausch per Fax und SMS einer ausdrücklichen Zustimmung der Betroffenen oder deren gesetzlichen Vertreter:innen, da sie potentiell abgefangen und mitgelesen werden kann. Ihre Einwilligung ist freiwillig, die Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass die KJP Praxis Altona personenbezogene Daten erhebt, speichert und verarbeitet.

Unsere Praxis arbeitet interdisziplinär und im Team, daher ist eine Intervision und Supervision der Diagnostik- und Behandlungsverläufe zur Qualitätssicherung und auch nach den Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen gewünscht und notwendig. Innerhalb der Praxis werden Daten ausgetauscht, alle Mitarbeiter:innen unterliegen der Schweigepflicht.

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass mir die KJP Praxis Altona per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS Informationen inklusive personenbezogener Daten und Terminbestätigungen übersendet.

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r