

# Aufnahmebogen für die Behandlung in der Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Miriam Bertuzzo

## Persönliche Angaben

|                                             |
|---------------------------------------------|
| Vorname des Patienten:                      |
| Nachname des Patienten:                     |
| Geburtsdatum des Patienten:                 |
| Straße, Hausnummer:                         |
| PLZ:                                        |
| Ort:                                        |
| Telefonnummern (privat, mobil, dienstl.):   |
| Mailadresse:                                |
| Vorname und Nachname der Sorgeberechtigten: |
| Kinder- oder Hausarzt:                      |

## Medizinische Daten des Patienten

|                                   |
|-----------------------------------|
| Allergien/Unverträglichkeiten:    |
| Regelmäßige Medikamenteneinnahme: |
| Chronische Erkrankungen:          |

## Versicherungsstatus des Patienten

|                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Name der Versicherung:                                                               |
| Bei privater Versicherung bitte Versicherungsnehmer und Rechnungsanschrift ergänzen: |

|                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Patienteninformation:</b><br>Sollten Sie zu einem Termin verhindert sein, so bitten wir um rechtzeitige Benachrichtigung (24 Stunden vorher). Ansonsten behalten wir uns vor, diesen Termin mit 80,00 €/Std. in Rechnung zu stellen. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Miriam Bertuzzo  
Facharztpraxis für Kinder- u. Jugendpsychiatrie  
u. –psychotherapie

Kölner Str. 4, 51429 Bensberg, 02204/201760, [praxis@kjp-bensberg.de](mailto:praxis@kjp-bensberg.de)

---

Sehr geehrte Eltern,

bei einer Terminabsage Ihrerseits bitten wir um rechtzeitige Benachrichtigung bis spätestens 24 Stunden vorher. Falls der vereinbarte Termin nicht 24 Stunden vorher abgesagt wird, erheben wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 80,00 € pro Zeitstunde, bzw. 40,00 € für eine halbe Stunde. Bis die Zahlung bei uns eingegangen ist, werden alle weiteren Termine gestrichen. Sobald Sie die Rechnung bezahlt haben, vereinbaren wir gerne zeitnahe neue Termine mit Ihnen.

Eine rechtzeitige Terminabsage ist tagsüber zu unseren Telefonzeiten möglich. Diese sind: Montag bis Freitag von 9:00-11:00 Uhr sowie Montag, Dienstag und Donnerstag von 15:00-17:00 Uhr. Darüber hinaus können Sie uns auch per Mail ([praxis@kjp-bensberg.de](mailto:praxis@kjp-bensberg.de)) oder per Fax (02204-2017629) erreichen.

Mit dieser Regelung erkläre ich mich/erklären wir uns einverstanden:

Eine Kopie dieses Schreibens wurde mir ausgehändigt.

Patientenname:

Geburtsdatum:

---

Unterschrift der Sorgeberechtigten:

Datum, Ort:

**Liebe Patientinnen, liebe Patienten,**

anlässlich der am 25. Mai 2018 in Kraft tretenden europäischen Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie bitten, die folgende Frage zu beantworten und uns die Zustimmung zur Informationsweitergabe zu erteilen.

1. **Ich bin damit einverstanden, dass Praxis Bertuzzo mit mir in Kontakt treten darf. z.B. Terminvereinbarungen, Änderungen in der Praxis, Mitteilungen über Urlaub etc. per**

Telefon  
und E-Mail

☐

2. **Informationsweitergabe, Befunde:**  
**Gemäß § 73 (1b) SGB V willige ich hiermit ein, dass die Praxis Bertuzzo Befunde und krankheitsbezogene Informationen bei anderen Leistungserbringern (Haus-/Facharzt, Labor, Klinik, Ergo- bzw. Logotherapeuten) einholt und von mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Ärzte und Kliniken bei Bedarf übermittelt. Ich bin damit einverstanden, dass dies auch per Telefon, Fax, E-Mail versandt werden darf.**

**Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.**

**Die Patienteninformation zum Datenschutz wurde mir ausgehändigt.**

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig und wir möchten uns für die Beantwortung bedanken.

Ihr Praxisteam

Name des Kindes:

Anschrift:

E-Mail Adresse der Eltern:

Unterschriften **beider** sorgeberechtigten Elternteile (bzw. Vormundes):

Datum:

Miriam Bertuzzo  
Facharztpraxis für Kinder- u. Jugendpsychiatrie  
u. –psychotherapie

Kölner Str. 4, 51429 Bensberg, 02204/201760, praxis@kjp-bensberg.de

---

Sehr geehrte Eltern, Vormünder/ -innen, Pflegeeltern,

Ihr Kind/Mündel stellte sich in meiner Praxis/wird sich in unserer Praxis zu einem Erstgespräch vorstellen. Wir benötigen für eine Diagnostik und Behandlung des unten angegebenen Kindes das Einverständnis beider Elternteile, bzw. des Vormunds. Bitte unterschreiben Sie diese hierfür.

Hiermit erlaube ich die Diagnostik und Behandlung meines Kindes/Mündel

---

in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie  
Miriam Bertuzzo.

---

Name, Datum, Unterschrift

# Schweigepflichtsentbindung

Name Patient: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter der Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Miriam Bertuzzo der Schweigepflicht gegenseitig gegenüber:

- dem Haus- oder Kinderarzt:

\_\_\_\_\_

- der Schule (bitte die Namen der Lehrer angeben, zu denen wir Kontakt aufnehmen dürfen):

\_\_\_\_\_

- Fachtherapeuten (Logopäden, Ergotherapeuten, etc.):

\_\_\_\_\_

- Sonstige:

\_\_\_\_\_

Datum/Ort

Unterschrift der Sorgeberechtigten

## Videosprechstunde

Wir bieten Ihnen und Ihrem Kind in bestimmten Situationen eine Videosprechstunde an.

Um diese Sprechstunde online durchzuführen benötigen wir Ihre Zustimmung:

**Ich bin damit einverstanden, dass Praxis Bertuzzo mit mir, bzw. meinem Kind per Video in Kontakt treten darf.**

**Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.**

Datum:

Name des Kindes:

E-Mail Adresse zur Übermittlung des Links:

Mobilnummer zur Übersendung des Links per SMS:

Unterschrift Eltern:

Informationen zum Ablauf:

- Die Praxis vereinbart einen Termin mit Ihnen, Sie erhalten einen Link und der verbindet Sie mit unserer Praxis
- Die Videosprechstunde darf nicht aufgezeichnet werden
- Die Videosprechstunde muss in Räumen stattfinden, die Privatsphären bieten.
- Die Videosprechstunde muss vertraulich und störungsfrei verlaufen, wie die normale Sprechstunde

# Miriam Bertuzzo

Facharztpraxis für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. –psychotherapie  
Kölner Str. 4, 51429 Bensberg, Tel. 02204/201760, E-Mail: praxis@kjp-bensberg.de

---

## Erklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA) für die/den Patientin/Patienten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

bei Alter unter 15 Jahren vertreten durch ☐ Sorgeberechtigte/r ☐ gesetzliche/r Vertreter/in

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

Ich wurde ausführlich über die hohe Sensibilität der Daten aus der Behandlung in dieser Praxis informiert und darüber, dass das Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden dieser Daten besteht.

Das Gesetz räumt explizit die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Einrichtung einer ePA ein.

- ☐ Ich werde gegenüber der zuständigen Krankenkasse Widerspruch gegen die Einrichtung einer ePA einlegen.  
(Hinweis: Dies müssen Sie bitte direkt gegenüber Ihrer Krankenkasse anzeigen.)

### Alternative 1

Alternativ dazu gibt das Gesetz die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Übermittlung und Speicherung von Daten, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann.  
(Achtung: Dennoch wird Ihre Krankenkasse automatisch u.a. von uns erstellte Diagnosen in die ePA einstellen.)

- ☐ In der hiesigen Facharztpraxis wurde ich auf diese Möglichkeit hingewiesen. Ich möchte von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Ich wünsche keinerlei Daten über die fachärztliche / therapeutische Behandlung in O meine / O die ePA meines Kindes zu übertragen.
- ☐ Ich bin außerdem darüber informiert worden, dass ich diesen Widerspruch jederzeit widerrufen kann.

### Alternative 2

- ☐ Ich bin auf die Möglichkeit des Widerspruchs hingewiesen worden, stimme aber trotz der Gefahr und des Risikos von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden dieser Daten ausdrücklich der automatisierten Speicherung von dafür vorgesehenen Daten aus der fachärztlichen / therapeutischen Behandlung in
- ☐ meine / ☐ die ePA meines Kindes zu. **Gleichzeitig entbinde ich die Praxis und Ihre Mitarbeiter von jeglicher Haftung durch Folgen der Nutzung der elektronischen Patientenakte.**
- ☐ Folgende zusätzliche Informationen (Patientenwunsch) sollen in die ePA eingestellt werden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift