



Leitung: Dr.med. M. Nitschke-Janssen, Kroonhorst 9d, 22549 Hamburg

Dr. med. M. Nitschke-Janssen

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Kroonhorst 9d

22549 Hamburg

Tel.: 040/398 99 400

Fax: 040/398 99 399

E-Mail: info@migrationspsychiatrie.de

www.migrationspsychiatrie.de

Zweigstelle Schmiedekoppel 30, 22453 Hamburg

Zweigstelle Harburger Poststraße 1, 21079 Hamburg

mit Tätigkeitsschwerpunkt transkulturelle und

Migrationspsychiatrie des Kindes und Jugendalters,

www.migrationspsychiatrie.de

Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Sorgeberechtigte,

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

§1687 BGB: Ausübung der gemeinsamen Sorge bei getrennt lebenden Eltern

a): "Leben Eltern, denen die elterliche Sorge gemeinsam zusteht, nicht nur vorübergehend getrennt, sind bei Entscheidungen in Angelegenheiten, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung ist, ihr gegenseitiges Einvernehmen erforderlich."

Patient

Name, Vorname der Mutter

Geburtsdatum

Name, Vorname des Vaters

Geburtsdatum

Das Sorgerecht wird ausgeführt von

Eltern

nur Mutter

nur Vater

Andere: _____

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

Ich bestätige hiermit zudem, dass aktuell keine parallele Behandlung in einer Kinder- oder Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz, dem Werner-Otto-Institut oder des Institutes Flehmig erfolgt. Sollte eine parallele Behandlung eintreten, werden wir dies der Praxis unmittelbar mitteilen.

Hamburg,

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift Patient

Email:

Telefonnummer:



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Liebe Sorgeberechtigte, Liebe PatientInnen,

Die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung personenbezogener Daten sind ohne Einwilligung der Betroffenen oder deren gesetzlichen Vertretern 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, da sie potenziell abgefangen und mitgelesen werden kann.

Patient:

Geburtsdatum:

Name, Vorname der Mutter:

Geburtsdatum:

Name, Vorname des Vaters:

Geburtsdatum:

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

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

Ich willige in die Rahmenbedingungen der Videosprechstunde ein.

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

Hamburg,

Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift Patientin/Patient



Vorbehandlungen, Schweigepflichtentbindung und Befundanforderung

Liebe Sorgeberechtigte, Liebe PatientInnen,

um Parallelbehandlungen zu vermeiden und die Diagnostik, Beratung und Behandlung in unserer Praxis so effektiv wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie um die Angabe der ÄrztInnen und Behandlungseinrichtungen, an denen Ihr Kind seit Beginn dieses Quartals behandelt oder wiedervorgelegt wurde.

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit durch entsprechende Markierung, ob Sie eine gegenseitige **Schweigepflichtentbindung** (SPE) mit dem BehandlerIn erteilen, oder/und ob wir **Vorbefunde** für Sie anfordern sollen (Befundanforderung beinhaltet Schweigepflichtentbindung).

	Schweigepflicht- Entbindung	Befund- Anforderung
<p>KinderärztInnen:</p>  <p>Name: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kinder und Ärzte Dres. Heinemeyer und Brockmeyer</p> <p><input type="checkbox"/> andere: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Telefonnummer/email Adresse: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Kinder- und JugendpsychiaterInnen:</p>  <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Telefonnummer/email Adresse: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen:</p>  <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Telefonnummer/email Adresse: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Schweigepflicht-
Entbindung**

**Befund-
Anforderung**

Ergo/Logo/Heilpädagogik/Frühförderung:



Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/email Adresse: _____

KJP Tagesklinik/Institutsambulanz/MVZ:



Name: _____

Asklepios TK/PIA Standort Osdorf

andere:

Anschrift: _____

Telefonnummer/email Adresse: _____

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich bei entsprechender Markierung mit der Mitteilung der bei mir/meinem Kind erhobenen Befunde an die interkulturelle Versorgungspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie einverstanden.

Ich erkläre mich bei entsprechender Markierung mit der gegenseitigen Schweigepflichtentbindung des VorbehandlerIn und der interkulturelle Versorgungspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie einverstanden.

Hamburg,

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Kind / Jugendliche (r)