PRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE
DR. OELLERER & TEAM

Anmeldebogen für mein Kind zur diagnostischen Abklärung bei Verdacht auf eine Lese-Rechtschreibstörung (LRS)

Name & Vorname des Patienten: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____
(Bitte geben Sie hier eine Nummer an, unter welcher ich Sie/ Ihr Kind direkt erreichen kann und auch eine Nachricht hinterlassen darf)

Email/SMS: _____
(Mit Ausfüllung dieses Feldes erklären Sie sich einverstanden, dass eine Email/SMS Korrespondenz für Terminabsprachen gewünscht wird, sowie die Ausgabe von Fragebögen über die Mailadresse erfolgen kann. Bitte beachten Sie, dass wir die Datensicherheit nicht garantieren können)

Schule/Ausbildung/Beruf: _____
Wie haben Sie uns gefunden? _____

Bei Kindern und Jugendlichen bitte folgende Angaben machen:

	1. Sorgeberechtigter	2. Sorgeberechtigter
Name und Vorname	_____	_____
Adresse (wenn von abweichend)	_____	_____
Telefon	_____	_____

Klärung des Sorgerechts

Es besteht das: alleinige Sorgerecht oder gemeinsame Sorgerecht

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass das oben genannte Kind bei Frau Dr. Oellerer und Team zur Diagnostik vorgestellt wird. Eine Pflegschaft und Vormundschaft besteht nicht und ist nicht beantragt. Mit den Unterschriften erkläre ich/wir, dass ich/wir für das oben genannte Kind personensorgeberechtigt sind und für den Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen dürfen. Während des Aufenthaltes in der Praxis von Frau Dr. Oellerer habe ich/wir die Aufsichtspflicht. Ich/wir sind für einen sicheren Weg des Kindes zur Praxis verantwortlich und bleibe/n (je nach Alter) während der Testung im Wartezimmer.

Straubing, den

_____ _____
Unterschrift 1. Sorgeberechtigter Unterschrift 2. Sorgeberechtigter

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Sorgeberechtigte/r,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung: Praxisname: Dr. Katharina Oellerer und Team Flurlgasse 2/ Ludwigsplatz 20, 94315 Straubing

2. Zweck der Datenverarbeitung: Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Psychotherapeutin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger der Daten: Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger. Sie erklären sich einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten und therapierelevante Informationen von Frau Dr. Oellerer und ihrem Team ausgetauscht werden, damit eine Weiterbehandlung geleistet werden kann.

4. Speicherung Ihrer Daten Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. Ihre Rechte: Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. Rechtliche Grundlagen: Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an mich wenden. Ihre Dr. Oellerer und Team.

Straubing, den

_____ _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte 1 Unterschrift Erziehungsberechtigte 2

Kosten für die Testung auf eine Lese-Rechtschreibschwäche

Gesetzliche Krankenkasse

Die Kosten für Patienten mit einer gesetzlichen Krankenversicherung werden zum Großteil von Ihrer gesetzlichen Versicherung übernommen. Jedoch muss ein kleiner Teil als Selbstbeteiligung in Höhe von 279 Euro übernommen werden, da die Krankenkasse nicht alle Tests erstatten.

Private Krankenkasse

Abhängig vom individuellen Versicherungsvertrag des Patienten erstatten private Krankenversicherer bei Vorliegen einer Indikation für die Psychotherapie die Kosten einer Psychotherapie ganz oder teilweise. Teilweise ist die Kostenerstattung für eine Psychotherapie durch den Versicherungsvertrag auch ausgeschlossen. Die Beihilfe erstattet üblicherweise anteilig die Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung. Es wird daher darauf hingewiesen, dass der Patient vor dem Erstgespräch bzw. vor Beginn der Psychotherapie sicherstellen sollte, ob und in welchem Umfang der private Krankenversicherer und/oder die Beihilfestelle die Kosten der Psychotherapie übernehmen und ob zuvor ein entsprechender Antrag notwendig ist. Der Vertrag wird mit dem Patienten selbst eingegangen, unabhängig von der tatsächlichen Erstattung der Kasten durch die Krankenkasse. Der Patient ist selbst dafür verantwortlich eine Kostenübernahme der Therapiekosten zu beantragen und die Therapiekosten nach Rechnungsstellung pünktlich zu bezahlen.

Selbstzahler

Für einige Patienten ist es wichtig, dass die Diagnostik erstmals anonym erfolgt und die Krankenkasse erstmal keine Meldung der Erkrankung erhält. In diesem Fall entscheiden sich die Patienten bewusst für die Variante der Selbstzahler. Sie können gerne eine Kostenübersicht für Selbstzahler von uns erhalten. Bitte sprechen sie uns darauf an.

Einwilligungserklärung Steuerberater

Hiermit willige ich ein, dass meine folgenden persönlichen Daten zum Zwecke der Erstellung der Steuerunterlagen von Frau Dr. Katharina Oellerer an ihren Steuerberater und bei Nachfrage, ggf. ans Finanzamt, von der Psychologischen Psychotherapeutin weitergeleitet werden dürfen: Name, Vorname, Bankverbindung, Kontonummer, bezahlter Betrag, Datum der Zahlung. Ich bin gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von der Psychotherapeutin – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung.

Straubing, den

_____

Unterschrift Patient

Bei Kindern und Jugendlichen:

_____ _____

Unterschrift Sorgeberechtigte 1 Unterschrift Sorgeberechtigte 2

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich,

_____, geboren am _____ den Psychotherapeuten

_____ der Schweigepflicht gegenüber _____ und gestatte den Austausch therapierelevanter Informationen über mich. Dies gilt auch für telefonische konsiliarische Besprechungen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt wechselseitig für folgende Personen bzw. Institutionen:

Straubing, den

_____

Unterschrift Patient

Bei Kindern und Jugendlichen:

_____ _____

Unterschrift Sorgeberechtigte 1 Unterschrift Sorgeberechtigte 2

Hinweis: Die Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit ohne die Angabe von Gründen zurückgenommen werden, so dass in Zukunft kein weiterer Austausch mehr stattfinden kann.

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Videosprechstunden

Hiermit erkläre ich,

_____ (Vor- und Nachname) _____ (Geburtsdatum)

_____ (Straße/ Hausnummer PLZ / Ort)

_____ (E-Mail)

Ich bin ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung von Sprechstunde Online für mich unentgeltlich ist. Die bei dem Patienten/der

Patientin anfallenden Kosten für die Datenübermittlung (Internetanschluss etc.) sind allein vom Patienten/der Patientin zu tragen.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden
- Bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass
die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Therapeuten und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis. Ferner bin ich einverstanden, dass zur Durchführung der Videosprechstunde notwendige, meine Person betreffende Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termindatum, Uhrzeit und Dauer) durch Sprechstunde Online gespeichert und verarbeitet werden. Diese Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben und spätestens nach 3 Monaten gelöscht. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meine Therapeuten ausreichend. Durch meine Unterschrift erkläre ich vorliegende Einwilligung als erteilt und bestätige die Kenntnisnahme der Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde und der beigefügten Informationen.

Straubing, den

_____

Unterschrift Patient

Bei Kindern und Jugendlichen:

_____ _____

Unterschrift Sorgeberechtigte 1 Unterschrift Sorgeberechtigte 2