

1

## Angaben zu Kind und Familie

Name	Vorname	Geboren am			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m	w				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Anschrift					
<input type="text"/>					
Sorgeberechtigt					
	Beide	Vater	Mutter	Andere	Name und Vorname
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse					
<input type="text"/>					
Name und Anschrift des Haus-/Kinderarztes					
<input type="text"/>					

2

## Grund der Vorstellung

Wer hat die Vorstellung in meiner Praxis initiiert?

Welche Verhaltensweisen / Symptome führen zur Vorstellung?

Wann traten erste Auffälligkeiten / Symptome auf?

Hat sich zu diesem Zeitpunkt etwas in der Umgebung des Kindes geändert?

Ja  Nein

Wenn ja, was hat sich geändert?

### 3 Daten der Eltern

Vorname und Name der <b>Mutter</b>		Geboren am					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift (Nur wenn abweichend von Adresse des Kindes)							
<input type="text"/>							
Telefonnummer	Handynummer	E-Mail Adresse					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Vorname und Name des <b>Vaters</b>		Geboren am					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift (Nur wenn abweichend von Adresse des Kindes)							
<input type="text"/>							
Telefonnummer	Handynummer	E-Mail Adresse					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

### 4 Beziehung der Eltern

liiert seit	verheiratet seit	getrennt seit	geschieden seit	verwitwet seit
<input type="text"/>				

### 5 Infos zu Geschwistern

Name und Vorname	Besonderheiten	Geburtsdatum					
<input type="text"/>							
Name und Vorname	Besonderheiten	Geburtsdatum					
<input type="text"/>							
Name und Vorname	Besonderheiten	Geburtsdatum					
<input type="text"/>							

### 6 Erkrankungen in der Familie

Körperlich	Seelisch (z.B. Depression, Burn-Out, Süchte etc.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wer ist / war betroffen?	
<input type="text"/>	



7

## Datenschutz und Unterschrift

Sehr geehrte Damen und Herren,  
der Schutz der personenbezogenen Daten ist uns 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 Bezug auf den Datenschutz haben.

### 1 Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Elmar Peters

Schulplatz 3

53574 Linz am Rhein

02644/600877

Herr Elmar Peters nimmt in diesem Zusammenhang ebenfalls die Rolle des Datenschutzbeauftragten wahr.

### 2 Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3 Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie es eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst oder 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 berechnigte Empfänger.

### 4 Speicherung Ihrer Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden nur solange aufgezeichnet, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen nach Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### 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, 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 Paragraph 2 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden.



7

## Datenschutz und Unterschrift

Mit ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den aufgeführten Bedingungen einverstanden und geben eine verbindliche Anmeldungsabsicht ab.

Ort und Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten