



Anmeldebogen

Hiermit erfolgt die Anmeldung für eine psychotherapeutische Behandlung in der Praxis des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Maik König.

Allgemeine Angaben zum Kind / Jugendlichen / jungen Erwachsenen

Vorname: _____ Geschlecht: _____

Nachname: _____ geb. am: _____

Adresse des/der Patient:in: _____

Telefonnr. für Terminvereinbarung: _____

Nationalität: _____

☐ wächst mehrsprachig auf, welche Sprachen: _____

Bei wem lebt das Kind? ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Andere: _____

Wer hat das Sorgerecht? ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Andere: _____

Haus- oder Kinderarzt/Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Ihr Kind ist mitversichert bei: _____

Versicherung: ☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Beihilfe versichert

Rechnungsanschrift:

(Bei Privat- und Beihilfeversicherten:
Angaben zur Person, an welche die
Rechnung gestellt werden soll.)



Erklärung der Sorgeberechtigten zur Behandlung

Im Patienten-Rechte-Gesetz ist festgelegt, dass für alle ärztlichen und somit auch psychotherapeutischen Untersuchungen und Behandlungen grundsätzlich das Einverständnis aller Sorgeberechtigten erforderlich ist. Bei gemeinsamen Sorgerecht muss bereits für die sogenannte „probatorische Phase“ (Sprechstunden und probatorische Sitzungen) das Einverständnis beider Elternteile vorliegen. Diese probatorische Phase dient der Klärung, ob eine Therapie sinnvoll ist. In diesem Zeitraum werden je nach Fragestellung auch psychodiagnostische Verfahren (Interviews, Fragebögen oder Leistungstests) durchgeführt. Am Ende der probatorischen Phase wird dann entschieden, ob eine Therapie beantragt und begonnen werden soll.

Probatorische Phase

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Tochter/Sohn Sprechstunden und probatorische Sitzungen bei dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Maik König besucht.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte (ggf. i. V.)*

Unterschrift Erziehungsberechtigter (ggf. i. V.)*

*Bei allein Sorgeberechtigten: Mit meiner obigen Unterschrift erkläre ich ausdrücklich, alleine sorgeberechtigt zu sein.

Psychotherapie

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Tochter/Sohn eine psychotherapeutische Behandlung in der Praxis des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Maik König erhält.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte (ggf. i. V.)*

Unterschrift Erziehungsberechtigter (ggf. i. V.)*

*Bei allein Sorgeberechtigten: Mit meiner obigen Unterschrift erkläre ich ausdrücklich, alleine sorgeberechtigt zu sein.



**Einwilligungserklärung zum Datenschutz, Abrechnung sowie zur Privatliquidation
inkl. Ausfallhonorar**

1. Zur Beratung, Diagnostik, Planung und Beantragung, Durchführung, Abrechnung und zur Dokumentation der psychotherapeutischen Behandlung werden Informationen über mich / uns / das Kind erhoben und ausgewertet. Für den Schutz der Daten sind angemessene Maßnahmen vorgesehen. Ich erkläre mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung für diese Zwecke einverstanden.
2. Hiermit wird durch die Sorgeberechtigten bzw. der/die Patient:in bestätigt, die Patienteninformation zum Datenschutz (Stand: 12.10.2023, angehängt an diesen Anmeldebogen) erhalten zu haben. Es wird das Einverständnis mit dem Inhalt der „Patienteninformation zum Datenschutz“ erklärt.
3. Sie als Patient:in / Sorgeberechtigte:r / Bezugsperson verpflichten sich Ihrerseits zur Verschwiegenheit über andere Patienten:innen, von denen Sie zufällig - z.B. über Wartezimmerkontakt - Kenntnis erhalten haben.
4. Die Praxis wird als Bestellpraxis geführt. Der/die Patient:in verpflichtet sich daher, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden (Feiertage und Wochenenden zählen nicht) vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem/der Patienten:in 60% von dem Psychotherapeuten zustehenden Honorar in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der/die Patient:in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.
5. Für Privat- und Beihilfeversicherte:
Die Sorgeberechtigten, der/die Patient:in verpflichten sich, sich selbstständig um eine Kostenübernahme zu kümmern. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe) schuldet der/die Patient:in das Honorar dem Psychotherapeuten persönlich in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt gemäß GOP. Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer von der Krankenkasse in voller Höhe übernommen werden.

Ich habe / Wir haben die oben genannten Punkte gelesen, verstanden und akzeptiert.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte (ggf. i. V.)*

Unterschrift Erziehungsberechtigter (ggf. i. V.)*

Unterschrift Patient:in

*Bei allein Sorgeberechtigten: Mit meiner obigen Unterschrift erkläre ich ausdrücklich, alleine sorgeberechtigt zu sein.



Entbindung von der Schweigepflicht

Patient:in: _____ Geburtsdatum: _____

Hiermit entbinde ich den behandelnden Therapeuten Herrn Maik König von seiner ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) durch diese Einwilligungserklärung gegenüber

- der zuständigen Krankenkasse (z.B. zuständige gesetzliche Krankenversicherung und / oder zuständige private Krankenversicherung, ...),
- der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung,
- der zuständigen Beihilfestelle sowie Festsetzungsstelle,
- dem Medizinischen Dienst der jeweiligen Versicherung,
- der/dem durch die gesetzliche Krankenversicherung / die private Krankenversicherung / die Festsetzungsstelle / die Beihilfestelle beauftragten Gutachter:in.

Die Weitergabe von personenbezogenen Daten erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, der Antragstellung (auch im Rahmen eines Gutachterverfahrens mit entsprechendem Bericht an die/den Gutachter:in) bezüglich der Einleitung und/oder Verlängerung ambulanter Psychotherapie sowie zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich/wir dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegenüber anvertraut habe(n).

Die Entbindungserklärung gilt umgekehrt auch für die oben genannten Institutionen dieser Erklärung.

Diese Einwilligung erfolgt aus freier Entscheidung. Die Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte (ggf. i. V.)*

Unterschrift Erziehungsberechtigter (ggf. i. V.)*

Unterschrift Patient:in

*Grundsätzlich ist es notwendig, dass alle Sorgeberechtigten unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Sorgeberechtigten vor, so versichert die unterzeichnende Person im Einverständnis mit den anderen Sorgeberechtigten zu handeln oder alleine sorgeberechtigt zu sein.



Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte:r Patient:in,

in unserer Psychotherapeutischen Praxis hat die Schweigepflicht und der Datenschutz eine extrem hohe Wichtigkeit. Für Ihre Behandlung benötigen wir einige persönliche Daten. Mit diesen sog. personenbezogenen Daten gehen wir besonders verantwortungsvoll um.

Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung¹ sind wir verpflichtet, Sie über den Zweck der Datenerhebung, die Speicherung und die Weiterleitung Ihrer Daten zu informieren.

1. Zweck der Datenerhebung und -Verarbeitung

Zu Beginn und im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung erheben wir verschiedene Daten über Ihre Person und Ihre Gesundheit. Dies ist notwendig, um eine dem Standard entsprechende psychotherapeutische Behandlung durchzuführen und um den mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrag ordnungsgemäß zu erfüllen. Die Erhebung personenbezogener Daten dient nur dem Zweck der Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes und geschieht in keinem Fall grundlos. Dabei werden selbstverständlich nur diejenigen Daten erhoben, die für die psychotherapeutische Behandlung notwendig sind (Stichwort Datenminimierung). Datenschutzrechtliche Vorgaben sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus dem Therapievertrag ergeben, werden beachtet.

Zu den zu erhebenden Daten zählen Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Therapievorschlüsse und Protokolle, die wir selbst erarbeiten oder uns andere Psychotherapeuten/Ärzte zur Verfügung stellen (Konsiliarbericht, Arztbriefe etc.).

2. Empfänger der Daten

Psychotherapeuten unterliegen der Schweigepflicht. Wir übermitteln Ihre Gesundheitsdaten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und/oder Sie ausdrücklich in die Weitergabe eingewilligt haben (Schweigepflichtsentbindung).

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Beihilfestellen, Ärztekammern oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sein. Die Weitergabe der Daten erfolgt mit gesetzlicher Erlaubnis 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, beispielsweise an Supervisoren oder Gutachter.

Sollte eine Weitergabe Ihrer Daten an Ärzte oder Psychotherapeuten oder privatärztliche Verrechnungsstellen notwendig sein, ist für die Weitergabe Ihre Schweigepflichtsentbindung nötig.

3. Speicherung der Daten

Alle personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen werden, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, mindestens 10 Jahre nach Ihrem letzten Behandlungstermin in der Praxis aufbewahrt. Ihre Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Systeme geschützt.

4. Ihre Rechte

Grundsätzlich können Sie Schweigepflichtsentbindungen jederzeit für die Zukunft widerrufen. Sie haben das Recht, über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten jederzeit Auskunft zu erhalten. Bemerken Sie Unstimmigkeiten, können Sie umgehend die Berichtigung oder Löschung fehlerhafter Daten verlangen.

Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der Datenschutzverordnung und Ihr Ansprechpartner bei Beschwerden ist die Datenschutzbehörde Ihres Bundeslandes. Eine Auflistung der Landesdatenschutzbeauftragten finden Sie unter <https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Anschriften/Laender/Laender-node.html>.

Ihre Psychotherapeutische Praxis
Maik König

¹ Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs.1 Nr.1 lit. b) BDSG