

Eingabe der persönlichen Daten

(Daten werden automatisch in die unteren 3 Formulare übernommen!)

Vorname des Kindes * Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Nachname des Kindes *	
Geburtsdatum des Kindes *	
Straße, Hausnummer *	
PLZ, Wohnort *	
Vorname Elternteil 1 *	
Nachname Elternteil 1 *	
Geburtsdatum Elternteil 1 *	
Telefonnummer Elternteil 1 *	
Email-Adresse Elternteil 1 *	
Beruf Elternteil 1	
Vorname Elternteil 2 *	
Nachname Elternteil 2 *	
Geburtsdatum Elternteil 2	
Telefonnummer Elternteil 2 *	
Email-Adresse Elternteil 2	
Beruf Elternteil 2	
Sorgerecht (bitte ankreuzen) *	<input type="checkbox"/> Beide <input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2
Versicherung des Kindes* (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <u>oder</u> <input type="checkbox"/> privat (Name der Versicherung): _____
Rechnungsempfänger *	<input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2
Rechnung und Dokumente gewünscht per: *	<input type="checkbox"/> Post <u>und/oder</u> <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Email verschlüsselt (bitte Passwort wählen) <input type="checkbox"/> Email unverschlüsselt (ohne Passwort)
gewünschtes Passwort	
Ort *	
Datum *	

* erforderliche Daten

Bitte unterschreiben Sie die folgenden Seiten und schicken Sie diese per Post an:

**Dres. I. & C. Schellenberg
Menzelstr. 6
14467 Potsdam**

oder verschlüsselt per Email an:

mail@praxis-schellenberg.de

Abweichende Honorarvereinbarung nach GOÄ §2, Abs. 1

Ausführliche individuelle Beratung 30 min (als Wunschleistung)

Für die Leistungserbringung eines ausführlichen Sondertermins zur ausschließlichen Beratung bei individuellen komplexeren Fragestellungen, einer ausführlichen individuellen (Reise-)Impfberatung oder einer Patienten-Neuvorstellung bei komplexer Vorgeschichte wird folgende abweichende Rechnungsvereinbarung getroffen.

Die angebotene Leistung ist ein medizinisches Ergänzungsangebot, welches auf Wunsch in Anspruch genommen werden kann. Sie stellt eine ergänzende und nicht zwingend notwendige Maßnahme dar. Beratungen entsprechend der aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften stehen Ihnen in unserer Praxis ebenso auf Wunsch vollumfänglich zur Verfügung, wobei der Zeitrahmen hier auf max.15 min begrenzt ist.

Die Gesamtkosten des Termins bei einem Zeitrahmen von 30 min betragen 180 Euro.

Zur Anwendung kommen die Beratungsziffern GOÄ 3, 4, 30, 31, 34, 804 oder 817. Um die ausdrücklich gewünschte höhere individuelle Beratungszeit abzubilden, werden entsprechend Steigerungsfaktoren je nach Zeitaufwand auch oberhalb des 3,5fachen Faktors angewendet. (Die über den Elternfragebogen hinausgehende vorherige Sichtung umfangreicher Befunde und Verlaufsberichte wird als Gesprächszeit berechnet.) Sollte die Beratungszeit deutlich vom geplanten Zeitrahmen abweichen, wird das Honorar entsprechend nach unten oder oben angepasst.

Wir weisen Sie darauf hin, dass gesetzliche Krankenkassen die anfallenden Beratungskosten nicht übernehmen; auch Beihilfestellen und private Krankenversicherer übernehmen die Kosten voraussichtlich nicht in vollem Umfang. Bitte beachten Sie: unabhängig von der Erstattung durch Kostenträger sind Sie in jedem Fall zahlungspflichtig.

Vereinbarung zum Ausfallshonorar:

Sollten Sie den vereinbarten und bestätigten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte sobald wie möglich, jedoch spätestens am Vortag **telefonisch** ab (ggf.Anrufbeantworter nutzen). Erfolgt keine (rechtzeitige) Terminabsage und kann der Termin nicht an andere Patienten vergeben werden, wird für Ihre nicht genutzte und reservierte Terminzeit ein Ausfallshonorar in Höhe von 30 € je 15min vereinbart. Für Gründe einer Terminabsage, die Sie nicht zu verantworten haben, ist eine kurzfristige kostenfreie Absage möglich.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie obiger abweichender Honorarvereinbarung nach GOÄ §2, Abs. 1 sowie der Vereinbarung zum Ausfallshonorar zu.

Ich/wir stimmen einem Versand der Rechnung und anderer Dokumente per Email und/oder Post zu.
Dokumente per Email sollen verschlüsselt (Passwort „_____“) oder
 unverschlüsselt (ohne Passwort) **versendet werden.**

Ich/wir stimmen obigen abweichenden Bedingungen und der Vereinbarung zum Ausfallshonorar bis auf meinen/unseren schriftlichen Widerruf zu:

ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in)

	<u>Patient</u>	<u>Elternteil 1</u>	<u>Elternteil 2</u>
Vorname:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	_____	_____
Nachname:	_____	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____	_____
Anschrift:	_____		
Telefonnummer:	_____		

private Versicherung: _____ Rechnungsempfänger: Elternteil 1 Elternteil 2
 Selbstzahler

Sorgerecht: beide Elternteil 1 Elternteil 2

_____, _____, Unterschrift: _____
Ort Datum Name Elternteil 1: _____ Name Elternteil 2: _____

Potsdam, _____, Unterschrift: _____
Ort Datum

Dr. med. Christian Schellenberg

Behandlungsvertrag

zwischen

und

Praxis Dres. Schellenberg GbR,
Dr. med. Isabella Schellenberg,
Dr. med. Christian Schellenberg,
Menzelstr. 6, 14467 Potsdam,
-nachfolgend *Leistungserbringer*-

Vorname, Nachname Elternteil 1: _____

Vorname, Nachname Elternteil 2: _____

Adresse: _____

-nachfolgend *Erziehungsberechtigte(r)*-

Patient: _____

Der/Die Erziehungsberechtigte/n wünscht/en die Durchführung der ärztlichen Beratung und Behandlung des Patienten/ der Patientin durch den Leistungserbringer im Rahmen der vom Leistungserbringer angebotenen ärztlichen Leistungen sowie sonstigen Gesundheitsleistungen. Der Leistungserbringer kann mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung des/der Erziehungsberechtigten Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von Hilfspersonal durchführen lassen.

Dem/ Den Erziehungsberechtigten ist bekannt, dass es sich beim Leistungserbringer um eine **privatärztliche Gemeinschaftspraxis** handelt und die Abrechnung der vom Leistungserbringer erbrachten **Leistungen ausschließlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** erfolgt. Leistungen werden üblicherweise mit dem 2,3fachen Steigerungssatz (Schwellenwert), in begründeten Fällen (erhöhte Schwierigkeit bzw. erhöhter Zeitaufwand) bis zum 3,5fachen und nach gesonderter Vereinbarung GOÄ §2, Abs. 1 oberhalb des 3,5fachen Steigerungssatzes abgerechnet. Bei Leistungen, die in der Gebührenordnung nicht vorgesehen sind, erfolgt nach den Vorgaben der ärztlichen Gebührenordnung eine analoge Bewertung.

Dem/ Den Erziehungsberechtigten ist weiterhin bekannt, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Leistungen des Leistungserbringers nicht übernehmen und es ebenfalls sein kann, dass ihm/ihr/ihnen nicht für alle Kosten nach diesem Behandlungsvertrag ein Anspruch gegen seine/ihre private Krankenversicherung oder sonstigen Kostenträger auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung zusteht. Unabhängig vom Eintreten einer Versicherung, der Beihilfe oder eines sonstigen Kostenträgers haftet der/die Erziehungsberechtigte/n persönlich für die Kosten der Behandlung. Sollten Sie Fragen zu Ihrer Rechnung haben, sprechen Sie uns gern an.

Der Leistungserbringer unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht. Darüber hinaus unterliegen die vom/von den Erziehungsberechtigten und/ oder vom/von der Patienten/Patientin gemachten Angaben, sowie die Informationen aus zur Verfügung gestellten Vorbefunden (Arztbriefe, schriftliche Befunde etc.), dem Datenschutz. Einzelheiten zum Datenschutz sind in den dem/den Erziehungsberechtigten ebenfalls ausgehändigten Patienteninformationen geregelt.

Der/Die Erziehungsberechtigte/n oder der/ die Patient/Patientin kann/können Termine spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenlos absagen. Das danach entstehende Ausfallhonorar für den Leistungserbringer entfällt, wenn das Nichterscheinen unverschuldet war.

Für den Behandlungsvertrag gilt ausschließlich das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Als ausschließlicher Gerichtsstand wird Potsdam vereinbart, soweit dies rechtlich zulässig vereinbart werden kann.

Dieser Vertrag wird in zweifacher Ausfertigung erstellt. Jede Partei erhält eine Ausfertigung dieses Vertrages.

_____, _____, Unterschrift: _____
Ort Datum Name Elternteil 1: _____ Name Elternteil 2: _____

Potsdam, _____, Unterschrift: _____
Ort Datum Dr. med. Christian Schellenberg

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer 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 puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Praxis Dres. Schellenberg GbR, Dr. med. Isabella Schellenberg, Dr. med. Christian Schellenberg, Menzelstr. 6, 14467 Potsdam, Telefon: +49 331 2010800, E-Mail: mail@praxis-schellenberg.de
Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: Datenschutzgesellschaft mbH, Jägerallee 37 i, 14469 Potsdam, Telefon 0800 2832243

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, 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 (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 eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen oder Briefversanddienstleister 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 sowie zur Weiterbehandlung. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren 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. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Abs. 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, 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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg, Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Betrifft Patient: _____

zur Kenntnis genommen:

_____, _____, Unterschrift: _____
Ort Datum Name Elternteil 1: _____ Name Elternteil 2: _____