



## Erstvorstellung in der Praxis Duda

### **Sie haben einen Termin zu einem Erstgespräch in unserer Praxis vereinbart.**

Damit wir Ihrem Anliegen möglichst viel Aufmerksamkeit widmen können, möchten wir Sie bitten folgendes zu berücksichtigen:

Der vereinbarte Termin ist ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, so sagen sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher ab. Die Terminabsage können Sie entweder persönlich zu unseren Telefonsprechzeiten oder über unseren Anrufbeantworter vornehmen. Des Weiteren können Sie uns per Email ([info@praxis-duda.de](mailto:info@praxis-duda.de)) oder über die Kontaktseite unserer Homepage ([www.praxis-duda.de](http://www.praxis-duda.de)) eine Nachricht zukommen lassen.

Denken Sie bitte bei jedem Besuch an die **Krankenkassenversicherungskarte** des Kindes/ Jugendlichen.

Bringen Sie bitte vorliegende Befunde von anderen Ärzten oder Therapeuten (Ergotherapie, Logopädie, Heilpädagogik), das gelbe Vorsorgeuntersuchungsheft sowie bei Schulschwierigkeiten die letzten Zeugnisse oder Lernentwicklungsberichte ihres Kindes, jeweils in Kopie für unsere Akten, mit. Zudem würden wir uns über ein aktuelles Foto Ihres Kindes freuen.

Sollte Ihr Kind Medikamente einnehmen, bringen Sie bitte diese ebenfalls zum Erstgespräch mit.

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht benötigen wir eine schriftliche Erklärung (als Download verfügbar), dass der nicht anwesende Elternteil der kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellung und gegebenenfalls Diagnostik/Therapie zustimmt.

Bitte bringen Sie die beiliegenden Seiten dieses Dokuments ausgefüllt zum Erstgespräch mit.

Parkmöglichkeiten entnehmen Sie bitte den Hinweisen auf unserer Homepage. Kalkulieren Sie einen kleinen Fußweg in Ihre Zeitplanung mit ein.

Für weitere Fragen steht Ihnen unsere Anmeldung gern zur Verfügung.

**Telefonsprechzeiten: Mo.-Do. 08:00 Uhr-10:00 Uhr sowie von 14:30 Uhr-16:30 Uhr**

Wir freuen uns auf Ihr Kommen und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Praxis Duda



## Angaben zum Patienten bei Erstkontakt

### Patientin / Patient

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: .....

Krankenkasse: .....

### Sorgeberechtigte / Versicherte

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: .....

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: .....

### Haus-/ Kinderarzt

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....



## Angaben zum Patienten bei Erstkontakt

Sollten Sie Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmen (Sozialpädagogische Familienhilfe, Tagesgruppe, stationäre Unterbringung, u.a.), machen Sie bitte Angaben zu nachstehenden Punkten. Nichtzutreffendes bitte frei lassen.

### Bezugsbetreuerin /-betreuer / Familienhilfe

Name, Vorname: .....

Einrichtung: .....

Tages-/ Wohngruppe: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: .....

### Vertretung Bezugsbetreuerin /-betreuer / Familienhilfe

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: .....

### Ansprechpartnerin /-partner Jugendamt

Name, Vorname: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: .....

### Nur beim Fehlen der Chipkarte !

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und nehme zur Kenntnis, dass mir die erbrachten Leistungen privat in Rechnung gestellt werden müssen, wenn die Chipkarte bis zum Quartalsende nicht vorliegt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten

gemäß Art. 6,7 Abs. 1 lt. 1 DSGVO (europäische Datenschutz-Grundverordnung)

Name des Kindes: ..... Geb.: .....  
(bitte in Druckbuchstaben)

Ich stimme hiermit der Speicherung der personenbezogenen Daten der o.g. Person durch die Facharztpraxis Duda für den Zweck der Weitergabe an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenkasse (MDK), Apotheken, Heilmittelerbringer (z.B. Ergotherapeuten, Logopäden, u.a.), Schulen, Kindertagesstätten, Jugendämter, Sozialämter, Versorgungsämter, Rentenversicherungsträger, sowie der Agentur für Arbeit zu. Meine Zustimmung bezieht sich lediglich auf die Speicherung, nicht bereits auf die Weitergabe der gespeicherten Daten. Für die Weitergabe ist eine separate Schweigepflichtsentbindung erforderlich, die mir in Bezug auf den konkreten Anlass zur Unterschrift vorgelegt wird. Ohne diese Schweigepflichtsentbindung werden meine Daten nicht weitergegeben.

Dateneinsicht ist ferner möglich im Rahmen der EDV-Wartung, des Software-Supports, durch das Steuerberaterbüro und durch die mit der Dokumenten- und Aktenvernichtung betrauten Firmen und Unternehmen. Mit allen extern beteiligten Firmen bestehen Verträge zum Schutz der personenbezogenen Daten und zur Einhaltung der Schweigepflicht.

Adressen, E-Mailadressen und Telefonnummern werden zu keinem Zeitpunkt weitergegeben, außer bei separaten Absprachen (s.o.).

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen werden kann (Art. 7 abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass der jederzeit mögliche Widerruf der Einwilligung, die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung liegen in der Praxis zur Einsicht aus.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigter, bzw. Gesetzlicher Vertreter, Patient