

# Willkommen in der KJP RÜ

Liebe Sorgeberechtigte,

wir freuen uns, Sie und Ihr Kind in unserer Praxis willkommen zu heißen, und danken Ihnen für Ihr Vertrauen. In diesem Dokument finden Sie alle Formulare und Verträge, die wir Sie bitten, vor Ihrem ersten Termin auszufüllen und zu unterschreiben.

## ■ Enthaltene Dokumente:

Elternfragebogen  
Behandlungsvertrag  
Schweigepflichtentbindung  
Erklärung zur Sorgerechtslage  
Datenschutz und Einwilligung  
Patienteninformation zum Datenschutz

Sie können die Unterlagen entweder digital ausfüllen oder ausdrucken und handschriftlich ausfüllen. Bitte senden Sie das ausgefüllte Dokument anschließend an [hallo@kjp-rue.de](mailto:hallo@kjp-rue.de).

## ■ Bitte bringen Sie außerdem zum Ersttermin mit:

- Die Krankenversichertenkarte Ihres Kindes
- Das gelbe U-Heft
- Vorbefunde / Entwicklungsberichte
- Schulzeugnisse

Selbstverständlich unterliegen alle von Ihnen gemachten Angaben der ärztlichen und therapeutischen Schweigepflicht.

Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Herzliche Grüße,  
Ihr Team der KJP RÜ

### Hinweis für Beihilfeberechtigte

Bitte beachten Sie, dass im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht alle Leistungen vollständig durch die Beihilfe erstattet werden. Im Gegensatz zu privaten Vollversicherungen kann es insbesondere beim Ersttermin zu Leistungen kommen, die von der Beihilfe nicht oder nur teilweise übernommen werden. Wir empfehlen Ihnen, sich vorab bei Ihrer Beihilfestelle zu informieren. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

# Elternfragebogen

Was bewegt Sie, zu uns zu kommen – und wobei wünschen Sie sich Unterstützung?

## ■ Familiäre Situation

Bitte geben Sie uns einen kurzen Überblick über Ihre aktuelle familiäre Situation.

### Eltern

zusammenlebend seit

getrennt seit

### Vater

Geburtsjahr

Ausbildung/Beruf

### Mutter

Geburtsjahr

Ausbildung/Beruf

Großeltern

Großeltern

Sorgeberechtigte Person(en)

Weitere Bezugspersonen

Geschwister (Bitte Namen und Alter angeben)

Halb- oder Stiefgeschwister (Bitte Namen und Alter angeben)

Familiäre körperliche oder medizinische Erkrankungen

## ■ Entwicklung Ihres Kindes

Beschreiben Sie bitte die bisherige Entwicklung Ihres Kindes.

**Schwangerschaftsverlauf** (War die Schwangerschaft unauffällig? Gab es etwas Besonderes?)

**Komplikationen** (z.B. Frühgeburt, Blutungen, Kaiserschnitt)

**Wie kam Ihr Kind zur Welt?**

Geburtsgewicht

Geburtslänge

APGAR

**Besonderheiten in der Neugeborenenperiode** (z.B. Gelbsucht, Trinkprobleme)

**Wann hat Ihr Kind diese Entwicklungsschritte erreicht?**

Laufen

erste Worte

Zweiwortsätze

**Wann war Ihr Kind trocken?**

tags

nachts

## ■ Körperliche Vorerkrankungen

Bitte machen Sie Angaben zu körperlichen Vorerkrankungen Ihres Kindes.

Ist der Impfstatus gem. STIKO vollständig?      ja      nein

**Kinderkrankheiten** (z.B. Masern, Windpocken, Scharlach)

**Ernsthafte Vorerkrankungen / Operationen**

**Allergien**

## ■ Bildung & Schule

Bitte beschreiben Sie den bisherigen Bildungsweg Ihres Kindes.

Name des Kindergartens

Besonderheiten (z.B. Eingewöhnung, Auffälligkeiten, Fördermaßnahmen)

Grundschule

Name der aktuellen Schule

Schulform

Klasse

Leistungen

Fehlzeiten

Gab es Schulwechsel?    ja    nein

Wenn ja: Wann und warum?

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?    ja    nein

Wenn ja: Welche Klasse und warum?

## ■ Bisherige Behandlungen

War Ihr Kind bereits in therapeutischer oder medizinischer Behandlung? (Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeut, Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung)

Behandler / Praxis

von

bis

Behandler / Praxis	von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## ■ Körperliche Vorerkrankungen

Hat Ihr Kind schon einmal ein Medikament aufgrund einer psychischen Erkrankung erhalten?

Medikament

Dosierung



von

bis (falls abgesetzt)

verordnet durch




Grund des Absetzens (falls abgesetzt)

Medikament

Dosierung



von

bis (falls abgesetzt)

verordnet durch




Grund des Absetzens (falls abgesetzt)

Medikament

Dosierung



von

bis (falls abgesetzt)

verordnet durch




Grund des Absetzens (falls abgesetzt)

## ■ Jugendamt

Bitte geben Sie an, ob und welche Unterstützung Ihre Familie durch das Jugendamt erhält.

Wird Ihre Familie durch das Jugendamt unterstützt?    ja    nein

Involviert seit

Zuständiger Sachbearbeiter



Installierte Hilfen (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistand)

## ■ Soziale Integration

*Wie gut ist Ihr Kind sozial integriert?*

Hobbys

Freunde (Wie viele, wie eng, gibt es Schwierigkeiten?)

PC- und Medienkonsum pro Woche

Suchtmittelkonsum

## ■ Sonstiges

*Gibt es noch etwas, das Sie uns vorab mitgeben möchten?*

*Wir freuen uns auf das Gespräch mit Ihnen!*

# Behandlungsvertrag

für (Vor- und Nachname und Geburtsdatum des Kindes)

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Sie wünschen eine Behandlung in unserer Praxis KJP RÜ. Vielen Dank für Ihr Vertrauen, wir freuen uns auf eine Zusammenarbeit mit Ihnen!

Um Ihnen bestmöglich helfen zu können gelten im Vorfeld einige Voraussetzungen, ohne die eine Behandlung Ihres Kindes bei uns leider nicht möglich ist.

1. Wir benötigen die **Einwilligung aller Sorgeberechtigten**. Dies gilt auch, wenn Sie getrennt lebend, aber gemeinsam sorgeberechtigt, die Pflegeeltern oder erziehende Angehörige sind.
2. Eine gleichzeitige Behandlung bei einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis, Institutsambulanz oder einem sozialpädiatrischen Zentrum ist nicht möglich, da die Kosten einer Doppelbehandlung durch die Krankenkassen nicht übernommen werden.
3. Da wir eine reine Terminpraxis sind, sind wir darauf angewiesen, dass vereinbarte Termine eingehalten werden. Wir behalten uns daher vor, ein Ausfallhonorar für versäumte Termine und Absagen weniger als 1 Werktag vor dem Termin zu erheben. Das **Ausfallhonorar berechnet sich nach Terminlänge** mit 25,- Euro pro 30 min. Ersatztermine werden erst nach Begleichung des Ausfallhonorars vergeben.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die oben genannten Voraussetzungen gelesen zu haben und mit diesen einverstanden zu sein.

Sie bestätigen, dass der/die nicht anwesende Sorgeberechtigte über die Vorstellung informiert und einverstanden ist.

Nachhaltigkeit und der Schutz unserer Ressourcen sind uns ein wichtiges Anliegen. Wir würden uns daher freuen, Ihnen Bescheinigungen, Befundberichte und Terminerinnerungen papierlos per E-Mail zusenden zu dürfen.

## Mailadresse

Ich bin damit einverstanden, Befundberichte digital zugestellt zu bekommen.

Ich bin damit einverstanden, per E-Mail an meine Termine erinnert zu werden (Recall).

Ort, Datum

Unterschrift(en) der / des Sorgeberechtigten

# Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter:Innen der Praxis KJP RÜ von der wechselseitigen Schweigepflicht gegenüber u.g. Personen/Institutionen und erkläre mich einverstanden, dass über mein Kind

**Vor- und Nachname und Geburtsdatum des Kindes**

zum Zwecke der Diagnostik und Therapieplanung- sofern sinnvoll und Sie einverstanden sind- Informationen bei den u.g. Stellen eingeholt und weitergegeben werden dürfen.

Das Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

**Haus- und Kinderarzt (Name)**

**Weitere Ärzte / Therapeuten (Name)**

**Schule/ Kindergarten (Name + Ansprechpartner)**

**Jugendamt (Ansprechpartner)**

**Weitere**

**Versand von Arztbriefen und Abschlussberichten**

Arztbriefe und Abschlussberichte werden standardmäßig an folgende Personen versendet. Bitte bestätigen Sie Ihr Einverständnis:

Ich bin einverstanden, dass Berichte an den/die Sorgeberechtigte/n (Meldeadresse des Kindes) versendet werden.

Ich bin einverstanden, dass Berichte standardmäßig an den Haus- und Kinderarzt versendet werden.

**Ort, Datum**

**Unterschrift(en) der / des Sorgeberechtigten**

**Unterschrift der Patientin / des Patienten**

# Erklärung zur Sorgerechtslage

Liebe Eltern,

uns ist bewusst, dass Sie als Eltern häufig mit besonderen organisatorischen Herausforderungen konfrontiert sind. Damit wir Ihr Kind bestmöglich begleiten und behandeln können, ist für uns wichtig, dass die **Sorge-rechtslage eindeutig geklärt** ist und eine **klare Regelung zur Kommunikation** zwischen den Sorgeberechtigten besteht. Wir gehen grundsätzlich davon aus, dass bei minderjährigen Patientinnen und Patienten **beide Elternteile gemeinsam sorgeberechtigt** sind (§ 1626 BGB). In diesem Fall sind beide Eltern grundsätzlich **gleichberechtigt** zur Entscheidung über medizinische Maßnahmen und zur Information berechtigt.

Um den Praxisablauf zu erleichtern und die Behandlung Ihres Kindes nicht durch wiederholte Informations- oder Zustimmungspflichten zu verzögern, bitten wir Sie um folgende Erklärung:

## ■ Erklärung

Ich/wir,

(Name des/der Sorgeberechtigten, der/die das Kind aktuell in der Praxis begleitet)

bestätige(n) hiermit, dass mir/uns die gemeinsame elterliche Sorge für das Kind

Vor- und Nachname des Kindes

Geburtsdatum

zusteht.

Ich/Wir erkläre(n), dass der jeweils andere Elternteil, sollte es ihm nicht möglich sein, an den Terminen teilzunehmen, über die laufende Behandlung, vereinbarte Termine und therapeutische Inhalte **durch mich/uns informiert wird**.

Ich/Wir entbinde(n) hiermit die Praxis KJP RÜ von der Verpflichtung, den abwesenden Elternteil **gesondert über Behandlungsinhalte, Termine oder Entscheidungen zu informieren**.

Ich/Wir stimme(n) zu, dass der begleitende Elternteil im **Rahmen der laufenden Behandlung medizinische und therapeutische Entscheidungen** für das Kind treffen und Einwilligungen erteilen darf.

Sollte sich an der Sorgerechtslage etwas ändern, verpflichte(n) ich/wir uns, die Praxis **unverzüglich** zu informieren und entsprechende Nachweise (z. B. Gerichtsbeschluss, Sorgerechtsnachweis) vorzulegen.

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil 1:

Unterschrift Elternteil 2:

## ■ Hinweis der Praxis

Diese Erklärung dient ausschließlich der Vereinfachung der Kommunikation und Organisation in der Behandlung Ihres Kindes. Sie ersetzt **keine rechtliche Regelung** der elterlichen Sorge. Eine Behandlung ohne das Einverständnis beider Sorgeberechtigter ist leider nicht möglich. Die Praxis handelt auf Grundlage der hier gemachten Angaben im Vertrauen auf deren Richtigkeit.

Information zur elektronischen Patientenakte (ePA)

# Datenschutz und Einwilligung

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,  
sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

die **elektronische Patientenakte (ePA)** ist ein digitales Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung nach **§ 341 ff. SGB V**. Sie dient dazu, medizinische Informationen wie Befunde, Diagnosen, Therapieberichte und Medikationspläne sicher zu speichern und behandelnden Ärztinnen und Ärzten zugänglich zu machen – **ausschließlich mit Ihrer Zustimmung**.

## ■ Datenschutz und Datensicherheit

Der Schutz Ihrer personenbezogenen und medizinischen Daten hat höchste Priorität. Die Verarbeitung erfolgt gemäß den Bestimmungen der **Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**, insbesondere:

**Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO** – Einwilligung zur Datenverarbeitung

**Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO** – Einwilligung zur Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten)

**§ 341 SGB V** – Regelungen zur elektronischen Patientenakte

Ihre Daten werden **verschlüsselt** gespeichert. Ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung hat **niemand** Zugriff auf Inhalte Ihrer ePA – auch keine Krankenkasse oder Praxis.

## ■ Ihre Rechte

Sie entscheiden selbst:

- ob Sie eine ePA anlegen möchten,
- welche Dokumente in der ePA gespeichert werden,
- welche Ärztinnen, Ärzte oder Einrichtungen Zugriff erhalten,
- und wann Sie erteilte Zugriffsrechte widerrufen oder Daten löschen möchten.

Sie können Ihre Einwilligung **jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen** (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

## ■ Einwilligung zur Datenweitergabe aus unserer Praxis

Für die Übermittlung von Behandlungsdaten, Arztbriefen oder Befunden aus unserer Praxis an Ihre ePA benötigen wir Ihre **schriftliche Einwilligung**. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Ohne Ihre Zustimmung werden keine Daten in Ihre ePA eingestellt oder an Dritte übermittelt.

Hiermit erteile ich , sorgeberechtigt für

meine Einverständnis. Eine Kopie habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der / des Sorgeberechtigten

# Patienteninformation zum Datenschutz

Liebe Sorgeberechtigte,

der Schutz der personenbezogenen Daten Ihres Kindes 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

KJP RÜ, Dr. med. Anna Erdmann, Rüttenscheider Str. 110, 45130 Essen 0201.781112 hallo@kjp-rue.de

## 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 die personenbezogenen Daten Ihres Kindes, insbesondere die Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Ihr Kind 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 personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger personenbezogener 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 Ihrem Kind erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

## 4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange 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 Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

## 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die ihr Kind 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 Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Kavalleriestr. 24, 40213 Düsseldorf, 0211.38424-0 poststelle@ldi.nrw.de

## 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 uns wenden.

## 7. Akteneinsicht und Datenverarbeitung im Rahmen von Praxisübernahmen

Im Rahmen von Praxisübernahmen werden bestehende Patientenakten übernommen, um eine nahtlose Weiterbehandlung zu ermöglichen. Hierfür ist es erforderlich, dass die behandelnde Ärztin sowie die Mitarbeiter:innen der Praxis Einsicht in die vorhandenen Patientenunterlagen erhalten und diese Daten verarbeiten und nutzen dürfen.

Mit Wirkung zum 01.10.2023 hat Frau Dr. med. Anna Erdmann die Praxis von Herrn Neuhoff übernommen. Zudem wurde mit Wirkung zum 01.01.2025 die Praxis Wahle-Conrady in die Praxisstruktur integriert.

Die Verarbeitung der Patientendaten erfolgt unter Einhaltung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Wir nutzen hierfür die Praxissoftware Medical Office der Firma Indamed und Doctolib zwecks Kalender- und Kommunikationstool.

## 8. Telematik Infrastruktur, ePA, eRezept, eArztbrief, eMedikamentenplan ab Oktober 2023

Die Krankenkassen sind verpflichtet, seit dem 1. Januar 2021 ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen. Neben der elektronischen Patientenakte (ePA) ist das E-Rezept eine weitere wichtige Anwendung der Telematikinfrastruktur (TI). Der elektronische Arztbrief soll die konventionelle Übermittlung durch Post-, Boten- oder Kurierdienst ersetzen. Das erste von der gematik GmbH festgelegte sichere Übermittlungsverfahren stellt „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM) dar. KIM-Anbieter werden von der gematik zugelassen. Elektronische Arztbriefe können über die Telematikinfrastruktur (TI) mittels KIM schnell und zuverlässig – mit oder ohne Anhang – über ein sicheres E-Mail-Verfahren ausgetauscht werden. Gleichzeitig erfolgt der Nachweis der Sicherheit nach den Vorgaben des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). Darüber hinaus werden die sensiblen Gesundheitsdaten, die ausschließlich unter der Datenhoheit der Versicherten stehen, verschlüsselt.

Ihr Praxisteam KJP RÜ

Vor- und Nachname des Kindes

Geburtsdatum



Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Bei Unterschrift eines Elternteils wird das Einverständnis des anderen vorausgesetzt!