



## Behandlungsvertrag für privatärztliche Behandlung in der Praxis Palstek

Name der/des Patientin/en: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich/wir, dass ich/wir bei Praxis Palstek, Peter Tülp, die privatärztliche Behandlung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wünsche/n.

1. Ich bin/wir bin/sind privat krankenversichert ohne/mit Beihilfeberechtigung und akzeptiere/n die volle Honorarhöhe mit dem Schwellenwert 2,3 bzw. 1,8 sowie bei Begründung die Steigerung mit dem Faktor 3,5 bzw. 2,5.  
Ich/wir bin/sind bereit, einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der/die Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet.
2. Ich/wir bin/sind privat krankenversichert, habe/n jedoch einen besonderen Tarif (Basistarif, Standardtarif oder andere Sondertarife).

---

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass im Basistarif, Standardtarif und in einigen gesonderten Vereinbarungen nicht alle Leistungen unserer Praxis erstattet werden.

In unserer Praxis behandeln wir Patienten in einem multiprofessionellen Team. Neben dem Arzt behandeln auch andere Therapeuten (Kunsttherapeuten, Sozialpädagogen und Psychotherapeuten) unter Miteinbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiater die Patienten. Die Abrechnung erfolgt dabei bei allen Therapeuten mit den Arztcodern der Gebührenordnung für Ärzte.  
Die Abrechnung erfolgt über die Private Verrechnungsstelle Niedersachsen (PVS).

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden.

Bei Rückfragen sprechen Sie uns bitte an.

---

Papenburg, den      Unterschrift

# Anmeldebogen

## Personalien

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ von  Mutter  
 Vater  
 Andere: \_\_\_\_\_

## Patient/in

Name:	Vorname:
geb. am:	Telefon:
Straße:	PLZ/Ort:
Krankenkasse:	versichert über Mutter: versichert über Vater:

## Mutter

Name:	Vorname:
geb. am:	Telefon:
Straße:	PLZ/Ort:
leibliche Mutter <input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Pflegermutter <input type="checkbox"/>  Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schulabschluss:  Derzeitiger Beruf:

## Vater

Name:	Vorname:
geb. am:	Telefon:
Straße:	PLZ/Ort:
leibliche Vater <input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Pflegervater <input type="checkbox"/>  Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schulabschluss:  Derzeitiger Beruf:

Eltern getrennt lebend:  ja  nein falls ja, getrennt lebend seit: \_\_\_\_\_

Mit wem wohnt das Kind zusammen? \_\_\_\_\_

Behandelnder Kinder- oder Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Weitere Kinder**

Name des Kindes	Geb. am:	Halbgeschwister	Wohnt zu Hause
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Bisherige Kindergarten- und Schullaufbahn**

von	bis	Kindergarten/Schule/etc.	Ort

**Derzeitige/r Kindergarten/Schule**

Name des Kindergartens/der Schule	Klasse/Gruppe	Klassenlehrer/Betreuer

**bisherige ambulante psychotherapeutische/ergotherapeutische/logopädische u. a. Behandlungen**

von	bis	Praxis/Einrichtung/u. a.	Ort

**Bisherige stationäre/teilstationäre Klinikaufenthalte**

von	bis	Klinik	Ort

## Anamnesebogen Praxis Palstek

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Kind wohnt zusammen mit: .....

Sorgerecht: .....

Jugendamt: .....

Erziehungsbeistand oder SPFH: .....

Vorbehandlungen: .....

### • Familie

**Vater:**     leiblicher Vater         Adoptivvater         Stiefvater

Name: ..... Geburtsname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Schul- und Berufsausbildung: .....

jetziger Beruf .....

### Eltern des Vaters:

*Vater:* Alter: ..... Beruf: .....

*Mutter:* Alter: ..... Beruf: .....

Wie ist der Kontakt und die Beziehung zur Familie des Vaters?.....

.....

**Mutter:**     leibliche Mutter         Adoptivmutter         Stiefmutter

Name: ..... Geburtsname..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Schul- und Berufsausbildung: .....

jetziger Beruf .....

Tägliche Arbeitszeit nach Elternzeit: ..... Stunden

Wer betreut(e) das Kind während der Arbeitszeit der Mutter? .....

**Eltern der Mutter:**

Vater: Alter: ..... Beruf: .....

Mutter: Alter: ..... Beruf: .....

Wie ist der Kontakt und die Beziehung zur Familie der Mutter?.....

.....

Weitere enge Bezugspersonen, zu denen Ihr Kind regelmäßigen Kontakt hat?

.....

.....

.....

• **Geschwister**

Name, Alter, Schule	Eigenschaften	Fähigkeiten/Stärken	Krankheiten

• **Familiäre Belastungen**

Gibt es familiäre somatische und/oder psychiatrische Erkrankungen?

.....

.....

• Aktuelle Sorgen der Eltern/ Vorstellungsanlass

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

• Lebensgeschichtliche Entwicklung

War die Schwangerschaft geplant? .....

Gab es Beschwerden oder Komplikationen während der Schwangerschaft? .....

.....

Hatten Sie andere Sorgen oder Stressfaktoren während der Schwangerschaft? .....

.....

.....

Gibt es in der Lebensgeschichte der Mutter Schwangerschaftsabbrüche oder Fehlgeburten? .....

.....

• Geburt:

Das Kind war eine  Früh-  Spät-  Normalgeburt und wurde in der ..... SSW geboren.

Geburtsgewicht ..... Größe.....

Geburtskomplikationen (z.B. Saugglockenentbindung, Sturzgeburt, verlängerte Wehentätigkeit, Kaiserschnitt usw.):

.....

Wurde das Kind gestillt?  Ja  Nein wenn ja, wie lange? .....

Weitere Angaben/Bemerkungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett:

.....

.....

Entwicklung: In welchem Alter lernte es laufen: ..... sprechen: .....

Wann wurde mit der Sauberkeitserziehung begonnen? .....

Wann wurde es trocken? Tagsüber: ..... Nachts: .....

Wann wurde es sauber? Tagsüber: ..... Nachts: .....

**Gab es Störungen in der Kindlichen Entwicklung?**

Motorik: .....

.....

Sprache: .....

.....

Sauberkeit: .....

.....

Gab es schwere Krankheiten in der Kindheit oder wurde ihr Kind operiert?

.....

.....

Impfungen: .....

Allergien: .....

Nimmt Ihr Kind Medikamente? .....

Hat Ihr Kind sich jemals absichtlich selbst verletzt? .....

**• Schulische Entwicklung**

Das Kind geht aktuell in die ..... Klasse auf die ..... Schule

Klassenlehrer/in: .....

Kindergarten:.....

Einschulung:.....

Erfolgt Umschulungen? .....

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt oder übersprungen? .....

• Lebenssituation

Wie wohnt die Familie? .....

Hat das Kind ein eigenes Zimmer?  ja  nein

Wie verbringt die Familie ihre Freizeit? .....

Welche Konfliktthemen gibt es in der Familie? .....

Ist das Familieneinkommen für die gesamte Familie ausreichend?  ja  nein

Wie viel Taschengeld erhält Ihr Kind: ..... € pro .....

Wie häufig ist es mit Gleichaltrigen zusammen? .....

Von wem wurde das Kind bisher vornehmlich erzogen? .....

Welchen Erziehungsstil verfolgen Sie? .....

Welche Regeln gibt es für das Kind in den folgenden Bereichen:

Essen/Essenszeiten: .....

Zubettgehen: .....

Welche Regeln/Pflichten muss Ihr Kind einhalten? .....

Welche Aktivitäten hat Ihr Kind außerhalb des Elternhauses? .....

Welche Stärken und Fähigkeiten hat Ihr Kind? .....

.....

.....

Was mögen Sie an Ihrem Kind? .....

.....

.....

Wie belohnen Sie Ihr Kind für erwünschtes Verhalten? .....

.....

.....

.....

Wie geht Ihr Kind mit Frustrationen und Misserfolgen um? Wie reagiert es darauf? .....

.....

.....

.....

Bitte nennen Sie fünf bevorzugte Tätigkeiten Ihres Kindes (z.B. basteln, malen, Sport, Gesellschaftsspiele, Lesen, Fernsehen, draußen spielen usw.):

1.

2.

3.

4.

5.

• **Medienkonsum**

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Computer/Tablet pro Tag: ..... Stunde(n)

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit Fernsehen pro Tag: ..... Stunde(n)

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Smartphone pro Tag: .....Stunde(n)

• **Psychopathologie**

Beschreiben Sie bitte die typische Grundstimmung Ihres Kindes in letzter Zeit (bezogen auf die letzten 2 Monate):

.....

.....

.....

.....

• **Ziele für die Behandlung**

Aus Sicht des Kindes	Aus Sicht der Eltern
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

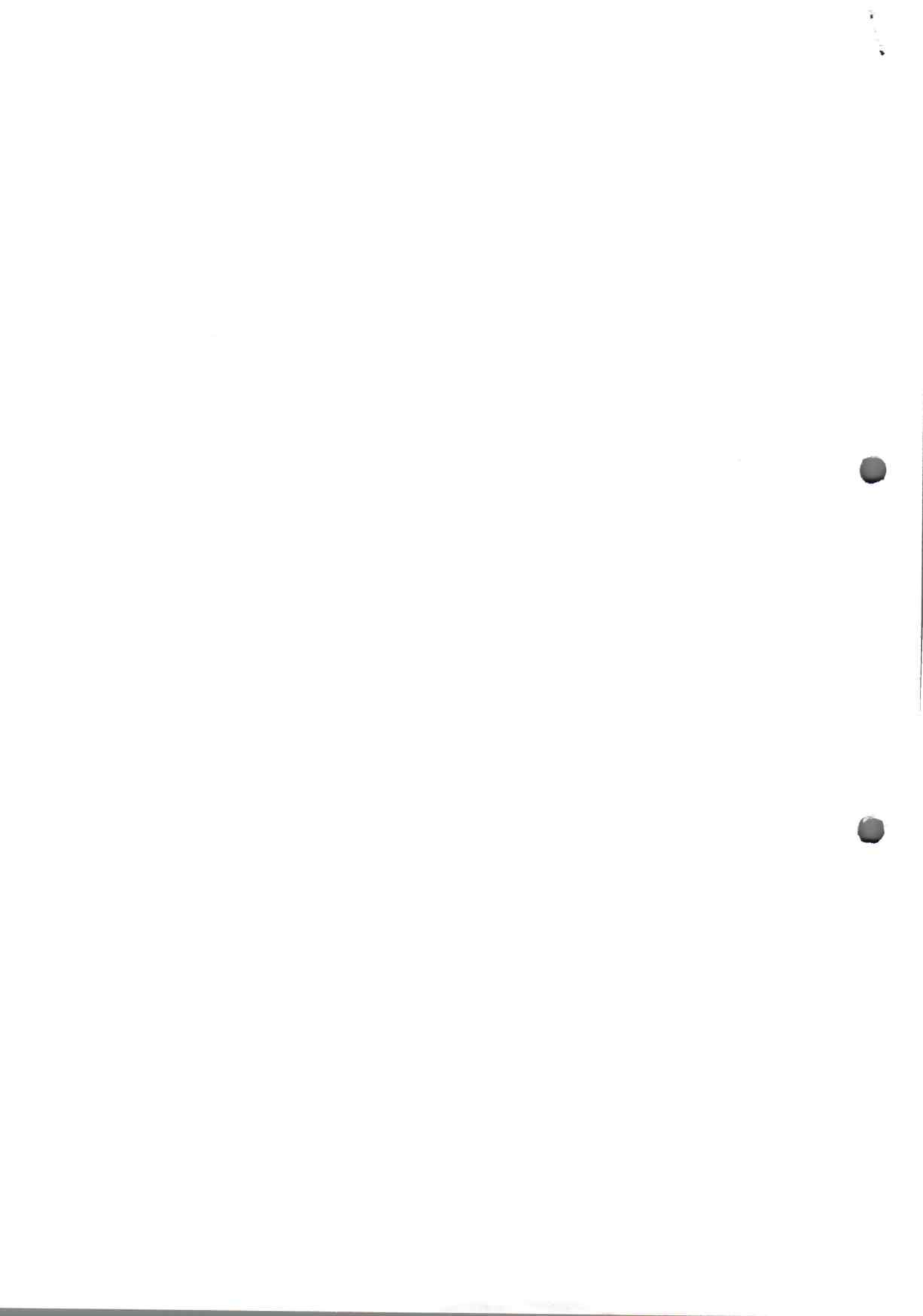
• **Was hat die Familie in der Vergangenheit bereits unternommen, um die Probleme zu beheben?**

.....

.....

.....

.....



## Entbindung der Schweigepflicht

Patient

Name:	Vorname:
Geb. am:	Straße:
	PLZ/Ort:

Sorgeberechtigter:

Name:	Vorname:
Telefon/Mobil:	Straße:
	PLZ/Ort:

Sorgeberechtigter:

Name:	Vorname:
Telefon/Mobil:	Straße:
	PLZ/Ort:

Hiermit befreie(n) ich/wir die Praxis Palstek und unten genannte Personen bzw. Einrichtungen wechselseitig von der Schweigepflicht.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Informationen und Berichte zwischen der Praxis Palstek und den unten genannten Personen und Einrichtungen ausgetauscht werden.

	Name	Telefonnummer	Datum/Unterschrift
Hausarzt, Kinderarzt			
Schule/Kindergarten			
Ambulanter Therapeut			
Klinik			
Jugendamt			

Jugendliche ab einem Alter von 14 Jahren, bitten wir auch zu unterschreiben!

## PATIENTENEINWILLIGUNG 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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Peter Tülp

Praxisname: Praxis Palstek

Anschrift: Russellstraße 18, 26871 Papenburg

Kontakt Daten: [info@praxis-palstek.de](mailto:info@praxis-palstek.de) oder 04961-9960100

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Name: Maik Lammers

Anschrift: Kleiststrasse 91, 26871 Papenburg

Kontakt Daten: [datenschutz@praxis-palstek.de](mailto:datenschutz@praxis-palstek.de) oder 04961-9966220

### 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, Therapieempfehlungen 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, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der 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

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 Paragraf 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, 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:

Name: Landesdatenschutzbehörde Niedersachsen, Barbara Thiel

Anschrift: Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, Tel.: 0511-12045-00

#### 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.

Ich habe die Patienteneinwilligung zum Datenschutz gelesen und stimme dieser zu.

Papenburg, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) Grundlage unserer Teamarbeit

Liebe Eltern, liebe Patienten,

unsere Praxis arbeitet nach dem langjährig bewährten sozialpsychiatrischen Versorgungsmodell, welches dem kinderpsychiatrisch tätigen Arzt die so wichtige Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Berufsgruppen (Psychologen, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden) sowie betreuenden Institutionen (Schulen, Kindergärten, Heime, Jugendämter) ermöglicht und hierfür die Finanzierungsgrundlage bildet. Die Anstellung der in der Praxis tätigen nichtärztlichen Mitarbeiter ist nur auf dieser Basis möglich.

Seit dem 01.07.2009 steht die sozialpsychiatrische Versorgung den Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen uneingeschränkt zur Verfügung. Das ist ein großer Erfolg, da lange Zeit nur einige Krankenkassen zur Finanzierung der sozialpsychiatrischen Behandlung bereit waren und somit nur ein Teil unserer Patienten die komplexen Behandlungsangebote unserer Praxis nutzen konnte. Allerdings sind mit der Pauschalvergütung der sozialpsychiatrischen Behandlung einige Voraussetzungen verbunden, die wir Ihnen kurz erläutern möchten.

Zum einen wird die Behandlungspauschale durch die Krankenkassen nur dann gezahlt, wenn der Patient mindestens drei Behandlungskontakte pro Quartal mit dem Arzt und/oder dem nichtärztlichen Mitarbeiter hatte. Für den Fall, dass ein Patient nur einen oder zwei Kontakte im Quartal hatte, ist leider gar keine Kostenpauschale vorgesehen. Sicherlich haben Sie Verständnis dafür, dass wir in diesem Fall keine sozialpsychiatrische Behandlung anbieten können, da diese nicht angemessen finanziert werden kann.

Des Weiteren ist Voraussetzung für die Erstattung der Pauschale, dass mindestens zwei der Kontakte mit dem betroffenen Kind selbst stattfinden und nicht nur mit den Bezugspersonen. Dies ist in den meisten Fällen selbstverständlich, ist aber auch dann notwendig, wenn der wesentliche Bestandteil der Behandlung die Beratung der Eltern ist (z.B. bei sehr jungen Kindern oder behandlungsunwilligen Kindern und Jugendlichen). Voraussetzung für die sozialpsychiatrische Behandlung ist also, dass das betroffene Kind mindestens 2x im Quartal auch zu Vormittagsterminen in der Praxis vorgestellt wird.

Zur Vermeidung unwirtschaftlicher Doppelbehandlungen verlangen die Krankenkassen außerdem einen Nachweis darüber, dass das betreffende Kind nicht parallel zur Behandlung in unserer Praxis eine Behandlung im SPZ, einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder einer anderen SPV Praxis erhält. Dies bitten wir Sie durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, da andernfalls die Krankenkassen die Erstattung der Pauschale für unsere Arbeit verweigern können.

Sollten Sie noch Fragen zu dieser Thematik haben, stehen wir Ihnen natürlich gern zu einem Gespräch zur Verfügung.

Ihre Praxis Palstek

---

Ich habe dies zur Kenntnis genommen, Ort, Datum

## Einverständniserklärung

Name, Vorname (Mutter): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt:  ja  nein

Name, Vorname (Vater): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt:  ja  nein

Name, Vorname (Vormund, andere Sorgeberechtigte): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ich bin / Wir sind einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn/mein Mündel

Name, Vorname, Geb. am \_\_\_\_\_

in der Praxis Palstek ambulant behandelt wird.

Papenburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Therapievereinbarungen

Sehr geehrte Eltern, liebe Patientinnen und Patienten!

### Terminvergabe und Terminabsagen

Für die kontinuierliche und erfolgreiche Behandlung Ihres Kindes sind Termine am Vor- und Nachmittag notwendig.

Selbstverständlich gibt es gelegentlich Gründe, die es unmöglich machen, vereinbarte Diagnostik- oder Therapietermine einzuhalten, wie etwa akute Erkrankungen, etc. Da im Rahmen des Praxisbetriebs für Untersuchungen sowie Behandlungen 30 – 60 Minuten eingeplant werden, ist es uns nicht möglich, kurzfristig abgesagte Termine neu zu vergeben.

Bei kurzfristiger Absage, mit Ausnahme von akuten Erkrankungen oder Ereignissen, die nicht **spätestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mit der Praxis Palstek abgesprochen werden, müssen wir Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von **67,03€**, das entspricht dem Satz der Ziffer 885 gemäß der Gebührenordnung für Ärzte, in Rechnung stellen.

Bei verspätet wahrgenommenen Terminen verkürzt sich die Sitzung mit Ihrem Kind entsprechend. Bei längerem Gespräch oder Mitteilungsbedürfnissen Ihrerseits vereinbaren Sie bitte einen gesonderten Termin, um Ihrem Kind nicht wichtige Zeit und Strukturabläufe zu nehmen.

**Rezepte und Verordnungen**, die nicht im Rahmen eines Therapietermins mitgenommen werden, bestellen Sie bitte mindestens 24 Stunden im Voraus.

### Kostenübernahme

Meine Praxis ist für alle Kassen zugelassen. Ich benötige zur Leistungsabrechnung zu Beginn jeden Quartals die Gesundheitskarte der Krankenkasse Ihres Kindes (ohne gültige Gesundheitskarte kann keine Behandlung stattfinden!) und eine Überweisung von Ihrem Kinder- oder Hausarzt.

### Stellungnahme und Gutachten

Selbstverständlich sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen durch die Krankenversicherung abgedeckt.

Kostenlos sind Schulbescheinigungen und Befundberichte. Befundberichte können dem Überweiser (zumeist Kinder- und Hausarzt) zugehen.

Stellungnahmen, psychologische Befunde und Diagnostikberichte z.B. gegenüber Kindergärten, Schulen, Jugendämtern, Familiengerichten etc. sind kostenpflichtig und werden Ihnen mit einem Honorar je nach Aufwand zwischen 5,00€ und 40,00€, das entspricht dem Satz der Ziffern 70, 75, 76, 77, 78 und 80 gemäß der Gebührenordnung für Ärzte, von einer privaten Verrechnungsstelle in Rechnung gestellt (Einverständniserklärung auf weiterem Formular).

Bei Bedarf informieren Sie sich gerne an der Anmeldung.

Ich habe die oben genannten Punkte zur Kenntnis genommen und bin mit den Therapievereinbarungen einverstanden:

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (aller) Sorgeberechtigter

## Info zur Einwilligungserklärung der PVS für gesetzliche Versicherte:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihnen eine verlässliche und gut planbare medizinische Versorgung anbieten zu können, sind klare Abrechnungsregelungen notwendig.

Bitte beachten Sie, dass bestimmte Leistungen nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und daher privat in Rechnung gestellt werden müssen. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt über unseren Abrechnungsdienstleister PVS. Hierfür benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung.

Zu den privat abzurechnenden Leistungen gehören unter anderem:

- Gutachten, z. B. nach § 35a SGB VIII (jeweils 40,00–65,00 €, je nach Umfang)
- Diagnostikberichte (je nach GOÄ)
- Bescheinigungen zur Sport- oder Schwimmbefreiung (10,00 €)
- Bescheinigungen im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen, z. B. Narkosebescheinigungen (20,00 €)

Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass **nicht** wahrgenommene Termine, die nicht oder nicht rechtzeitig abgesagt werden (z. B. bei zweimaligem unentschuldigtem Fernbleiben in Folge), nicht über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden können. In diesen Fällen behalten wir uns vor, ein privates Ausfallhonorar gemäß unserer Praxisregelung zu berechnen. Auch diese Abrechnung erfolgt über die PVS.

Selbstverständlich entstehen Ihnen **keine zusätzlichen Kosten**, solange Termine zuverlässig wahrgenommen oder rechtzeitig abgesagt werden und keine der oben genannten privaten Leistungen in Anspruch genommen werden. Wir bitten Sie, die beigefügte PVS-Einwilligungserklärung zu lesen, zu unterschreiben und an uns zurückzugeben.

Bei Fragen sprechen Sie uns jederzeit gerne an.  
Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam der Praxis Palstek

## **Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung**

(Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z. B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS) zu beauftragen. Die PVS NDS ist eine im Jahr 1948 gegründete berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Empfänger der Daten ist die PVS NDS. Die PVS NDS unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS NDS als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter Tel.: 0541 335 3697 bzw. Mail: [info@pvs-niedersachsen.de](mailto:info@pvs-niedersachsen.de).

Wir möchten Sie bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen.

Die von der PVS NDS verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Fortfall des Zweckes gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. 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. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS NDS ([datenschutz@pvs-niedersachsen.de](mailto:datenschutz@pvs-niedersachsen.de)). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS NDS sowie die PVS-Transparenzerklärung finden Sie auf [www.pvs-niedersachsen.de/transparenz](http://www.pvs-niedersachsen.de/transparenz).

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 Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Landesbeauftragte für den Datenschutz  
Prinzenstr. 5  
30159 Hannover  
Mail: [poststelle@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

## Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzugs an die Privatverrechnungsstelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS), einverstanden.
2. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS NDS einverstanden.
3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS NDS schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS NDS mehr statt.

### Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

\_\_\_\_\_  
Nachname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (Patient)

\_\_\_\_\_  
ggf. Name, Vorname (gesetzliche/r Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter)

Unterschriftet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

 <b>Palstek</b> PETER TÜLP	PRAXIS FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE Ruffelsstraße 18 26171 Papenburg T. (0961) 9960100 Inf. @praxis-palstek.de www.praaxis-palstek.de
Praxisstempel	

## ACHTUNG

**Sie müssen aktiv entscheiden, ob wir ab 2025 hochsensible Daten über Ihre Kinder in die „elektronische Patientenakte (ePA)“ speichern müssen!**

### Das Problem

Ihr Kind ist in unserer Praxis in Behandlung, weil eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychische Störung besteht oder eine solche zumindest vermutet wird. Bei der Behandlung in unserer Praxis entstehen hochsensible persönliche Gesundheitsdaten, bei denen - sofern sie öffentlich bekannt werden - ein Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung besteht.

### Die Gesetzeslage

Ohne einen aktiven Widerspruch erhält jede/r gesetzlich Versicherte ab Januar 2025 eine elektronische Patientenakte (ePA). In der Folge wird diese automatisch mit medizinischen / therapeutischen Daten gefüllt. Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind dann gesetzlich verpflichtet, die ePA unaufgefordert mit Befundberichten aus diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und im Verlauf vielen weiteren Daten zu befüllen. Zudem wird u.a. jedes eRezept für Ihr Kind automatisch in der ePA gespeichert, auch werden von den Krankenkassen automatisch Diagnosen, Abrechnungsdaten und Medikationslisten in die ePA eingestellt.

### Die Risiken

Um über Risiken zu informieren sind wir vom Gesetzgeber verpflichtet Sie darauf hinzuweisen, dass es sich bei Daten aus unserer Behandlung um sogenannte hochsensible Daten handelt, bei denen ein Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden besteht. Denn jede Arztpraxis, jede Therapiepraxis, jedes Krankenhaus, in dem Ihr Kind jetzt oder auch nach Volljährigkeit behandelt wird, kann Daten einsehen, die in der ePA enthalten sind. Ebenso kann dies auch jede Apotheke, in der Sie z.B. elektronische Rezepte einlösen.

### Unsere Meinung

Für Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben die ärztliche Schweigepflicht und der vertrauliche Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten oberste Priorität! Wir als Praxis haben erhebliche Bedenken in Bezug auf die Sicherheit der hochsensiblen Daten aus unserer Tätigkeit in der ePA.

Aus den dargelegten Gründen empfehlen wir Ihnen, die Entscheidung extrem gründlich zu überdenken, die hochsensiblen Daten aus der Behandlung in unserer Praxis in die ePA einfließen zu lassen. Es handelt sich um Informationen der höchsten Vertraulichkeit und damit um Informationen, die leider immer noch zu Stigmatisierung und Diskriminierung führen können.

**Sofern auch Sie Bedenken in Bezug auf die ePA haben, können Sie von Ihrem generellen Widerspruchsrecht gegen die Einrichtung einer elektronischen Patientenakte für Ihr Kind Gebrauch bei Ihrer Krankenkasse machen.** Zumindest aber können Sie Daten aus der Behandlung in unserer Praxis NICHT in der elektronischen Patientenakte speichern lassen.

## Erklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA) für die/den Patientin/Patienten

Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

---

bei Alter unter 15 Jahren vertreten durch

- Sorgeberechtigte/r       gesetzliche/r Vertreter/in

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Ich wurde ausführlich über die hohe Sensibilität der Daten aus der Behandlung in dieser Praxis informiert und darüber, dass das Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden dieser Daten besteht.

Das Gesetz räumt explizit die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Einrichtung einer ePA ein.

- Ich werde gegenüber der zuständigen Krankenkasse Widerspruch gegen die Einrichtung einer ePA einlegen.

Hinweis: Dies müssen Sie bitte direkt gegenüber Ihrer Krankenkasse anzeigen.

### Alternative 1

Alternativ dazu gibt das Gesetz die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Übermittlung und Speicherung von Daten, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann.

**(Achtung: Dennoch wird Ihre Krankenkasse automatisch u.a. von uns erstellte Diagnosen in die ePA einstellen.)**

- In der hiesigen Facharztpraxis wurde ich auf diese Möglichkeit hingewiesen. Ich möchte von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Ich wünsche keinerlei Daten über die fachärztliche / therapeutische Behandlung in meine / die ePA meines Kindes zu übertragen.

**Hinweis: Dieser Widerspruch kann jederzeit widerrufen werden.**

### Alternative 2

- Ich bin auf die Möglichkeit des Widerspruchs hingewiesen worden, stimme aber trotz der Gefahr und des Risikos von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden dieser Daten ausdrücklich der automatisierten Speicherung von dafür vorgesehenen Daten aus der fachärztlichen / therapeutischen Behandlung in meine / die ePA meines Kindes zu. **Gleichzeitig entbinde ich die Praxis und Ihre Mitarbeiter von jeglicher Haftung durch Folgen der Nutzung der elektronischen Patientenakte.**

- Folgende zusätzliche Informationen (Patientenwunsch) sollen in die ePA eingestellt werden:

---

---

Ort, Datum

Unterschrift