

Praxis Amirpour - Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. med. Karan Amirpour - Jennifer Fieger - Dr. med. Swantje Berndt-Rüffer -
Wolfgang Schroeder

Küchenstr. 10
38100 Braunschweig
Tel.: 0531 - 288 99 66
Fax: 0531 - 288 99 670

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis/ Datenschutzerklärung (gemäß DS-GVO)

1. Behandlungsverhältnis

Hiermit erkläre ich mich/wir uns mit der Diagnostik und der Therapie meines/unsere Tochter _____ in der Praxis Amirpour einverstanden (der unterschreibende Elternteil versichert, mit Einverständnis des anderen sorgeberechtigten Elternteils zu handeln oder das alleinige Sorgerecht zu haben).

2. Datenübermittlung und Schweigepflichtentbindung

Hiermit willige ich (Erziehungsberechtigte-r / Sorgeberechtigte-r),

Name: _____ geb. am: _____

ein, dass Daten über die Behandlung bei **Praxis Amirpour, Küchenstr. 10, 38100 Braunschweig** an/bei die/den nachfolgend benannten Ärzten, Therapeuten und sonstigen Kooperationspartner (Schulen, Jugendamt, etc.)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

angefordert und weitergegeben werden dürfen. Damit entbinde ich die aufgeführten Parteien gegenseitig von der Schweigepflicht.

Ich möchte keine Kontaktaufnahme und Übersendung ärztlicher Befunde an Kooperationspartner (Bitte trotzdem Unterschrift bei Punkt 6)

3. Kontaktaufnahme/ Kommunikation

Ich bin damit einverstanden, dass mir Nachrichten per Brief, telefonisch, telefonisch auf dem Anrufbeantworter, per Mail oder Fax übermittelt werden dürfen hinterlassen werden dürfen (nicht zutreffendes bitte durchstreichen).

-bitte wenden-

4. Rezepte und Befunde dürfen auch von folgenden Personen abgeholt werden:

Vor- und Nachname: _____ Vor- und Nachname: _____

5. Erklärung über die Kostenbeteiligung bei Ausfall

Hiermit verpflichte ich mich, Termine in der Praxis Amirpour, die ich nicht wahrnehmen kann, spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder schriftlich abzusagen. Für den Fall, nicht rechtzeitig absagen zu können (z.B. bei kurzfristiger Erkrankung), werde ich für jeden nicht eingehaltenen Termin eine Kostenbeteiligung in Höhe von 20,00 € bezahlen.

6. Unterschriften

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis Amirpour nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Datum Sorgeberechtigte/r

Ab 14. Lebensjahr Unterschrift der Jugendlichen/ des Jugendlichen:

Datum Jugendliche/ Jugendlicher

Vielen Dank!