



Neurozentrum für Kinder u. Jugendliche Neuhausen Neuropsychiatrische Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Adam Alfred

Kinder- u. Jugendarzt
Kinder- u. Jugendpsychiater
Homöopathie
Neurofeedback

Dr. med. Michael Granel

Kinder- u. Jugendarzt
Kinder- u. Jugendneurologe
Homöopathie
Neurofeedback

Nymphenburger Str. 156, 80634 München

Tel.: 089-189 512-10 / Fax: 089-189 512-13

sekretariat@dr-alfred.de / www.neurozentrum-neuhausen.de

München, den _____

Einverständniserklärung

Patient, Vor- und Nachname

geboren am

O.g. Patient/in wird uns seitens eines Sorgeberechtigten vorgestellt. Da gemeinsames Sorgerecht besteht, wollen wir Sie darüber in Kenntnis setzen und Ihr Einverständnis einholen. Füllen Sie bitte hierfür unten stehende Erklärung aus.

Darüber hinaus würden wir es begrüßen, Ihre Einschätzung zur Lebenssituation Ihres Kindes zu erfahren. Möchten Sie, dass ihre Einschätzung (anhand von Elternfragebögen) mit in die Diagnostik einfließt?

Ja

Nein

Falls ja, bitten wir um Angabe Ihrer E-Mail Adresse: _____

Einverständniserklärung

Ich, die Mutter/der Vater, bin mit der diagnostischen Abklärung und ggf. mit der Einleitung einer therapeutischen Behandlung (Therapien/Einstellung auf ein Medikament) einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit Gelegenheit habe, telefonisch, per E-Mail oder persönlich (s.o.) nach Terminabsprache, Rückfragen beim behandelnden Arzt zu stellen. Ich bitte um Übersendung des ärztlichen Berichts an folgende Adresse:

Zudem benötigen wir Ihre Einwilligung zur Kommunikation mit unserer Praxis, ebenso wenn ggf. die Rechnungsstellung an Sie erfolgt.

Bitte bei Zustimmung die treffenden Kästchen ankreuzen!

1. Einwilligung zur Kommunikation mit der Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation mit der Praxis ggf. auch per **E-Mail** stattfinden kann:
(Hinweis: von unserer Seite werden die E-Mails nur verschlüsselt verschickt, ebenfalls die Anhänge)

JA, ich bin einverstanden NEIN, ich bin nicht einverstanden

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation mit der Praxis ggf. auch per **SMS** stattfinden kann:

JA, ich bin einverstanden NEIN, ich bin nicht einverstanden

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation mit der Praxis ggf. auch per **Fax** stattfinden kann:

JA, ich bin einverstanden NEIN, ich bin nicht einverstanden

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation bei Bedarf und vorheriger Absprache via **Facetime** oder **Skype** stattfinden kann:

JA, ich bin einverstanden NEIN, ich bin nicht einverstanden

Nur für Privatversicherte!

2. Einwilligung zur Abrechnung über unsere Abrechnungsfirma:

Die Rechnungsstellung für **Privatversicherte** haben wir an eine Ärztliche Abrechnungsgesellschaft (Medas) delegiert. Befreiung von der Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

JA Ich befreie hiermit meine ärztlichen bzw. therapeutischen Behandler für diese und künftige Behandlungen von dessen/deren beruflicher Verschwiegenheitsverpflichtung und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen Daten (Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) an Medas factoring GmbH, Messerschmittstraße 4, 80992 München, Tel.: 089-143100 (im Folgenden „Medas“ genannt), einverstanden.
Mir ist bewusst, dass es sich bei den Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO handelt. Medas ist verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO. Ich erkläre mein Einverständnis zu einer Abtretung der Vergütungsansprüche aus der Tätigkeit meiner Behandler an Medas zu einer Rechnungsstellung durch Medas. Ich willige ein, dass Medas zum Zwecke der Rechnungsstellung meine personenbezogenen Daten einschließlich der besonderen personenbezogenen Daten verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt auf der Rechtsgrundlage dieser erteilten Einwilligung. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf von bestehenden Aufbewahrungsfristen.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Hierzu können Sie sich an die obige Anschrift von Medas wenden.

Sie haben jederzeit das Recht, sich bei Medas über die obigen Kontaktdaten kostenfreie Auskunft über Ihre gespeicherten Daten, deren Berichtigung oder Löschung sowie eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Auch stellt Medas Ihnen Ihre Daten gerne in einem maschinenlesbaren Format zur Verfügung. Bei Fragen zu diesen Rechten können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten von Medas wenden. Die Anschrift lautet wie folgt: activeMind AG, Potsdamer Str. 3, 80802 München, E-Mail: datenschutz@medas.de. Für Datenschutzfragen besteht für Sie zudem ein Beschwerderecht bei einer datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde.

Vor- und Nachname (in Druckbuchstaben)
des zweiten Sorgeberechtigten

Unterschrift des **zweiten** Sorgeberechtigten