



# Praxis Dr. Adam Alfred

Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater  
Homöopathie, Neurofeedback

Nymphenburger Str. 156, 80634 München

Tel.: 089-18951210 / Fax: 089-18951213

Sekretariat@dr-alfred.de / www.praxisalfred.de

München, den \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

(bei getrenntlebenden Eltern, vom zweiten Sorgeberechtigten auszufüllen)

\_\_\_\_\_  
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**, \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

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.

Diese Erklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen. 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 **Video** 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/n ärztliche/n bzw. therapeutischen Behandler/in 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 DGSVO handelt. Medas ist Auftragsverarbeiter nach Art. 28 DGSVO. Der Behandler ist datenschutzrechtlich Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO. 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.

Ich erkläre mein Einverständnis zu einer Abtretung der Vergütungsansprüche aus der Tätigkeit meiner Behandler/innen an Medas zu einer Rechnungsstellung durch Medas.

Diese Erklärung 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.

---

Vor- und Nachname (in Druckbuchstaben)  
des zweiten Sorgeberechtigten

---

Unterschrift des **zweiten** Sorgeberechtigten