

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und Sozialpsychiatrie
 Praxis für Psychotherapie
 Dr. med. Sven Lienert und Kollegen:Innen
 Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Psychotherapeut, Supervisor
 Facharzt Kinder- und Jugendmedizin
 Diabetologe DDG

Nürnberg, Adressdaten,
 Behandler:Innen und Standort(e)
 sowie BSNR siehe Homepage

 Tel. 0911-43947500
 Fax. 0911-43947502
 info@praxis-dr-lienert.de
 www.praxis-dr-lienert.de

Termine n. Vereinbarung und s.
 Homepage



Dieses Schreiben enthält besonders
 schutzbedürftige personenbezogene Daten und
 Mitteilungen, für deren Weitergabe oder
 Offenbarungen die Beschränkungen des § 203
 StGB und des §76 SGB X gelten.

Anmeldebogen, Behandlungsvereinbarung

Pat.-Nachname, Vorname

Email

Meldeadresse

Krankenkasse

Versicherungsnummer 10

Bei Privatpatienten – Rechnungsempfänger, Name, Adresse

Geb. Datum

Handynummer

Versichertennummer

Sehr geehrte(r) Patient:In, Eltern, Sorgeberechtigte:r, nachfolgend Informationen zur Anmeldung in der Praxis. Alle Angaben werden im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt. *Ob wir derzeit neue Patienten:Innen aufnehmen können entnehmen Sie bitte unserer Homepage www.praxis-dr-lienert.de/anmeldung-behandlungsspektrum.*

Terminvereinbarung und Anmeldung: Erst nach Erhalt der **ausgefüllten** und **unterschiedenen Anmeldeunterlagen** mit **Email** und **Handynummer** - als **PDF** oder per **Post** - vergeben bzw. bestätigen wir Termine per **Email**.

Wenn Sie Unterstützung benötigen, kommen Sie gerne in den Öffnungszeiten des Empfang mit der Versichertenkarte in die Praxis. Wir **drucken bei Bedarf auch in der Praxis** aus.

Scannen via Smartphone als PDF: Z. B. (ohne Gewähr) www.adobe.com/de/acrobat/mobile/scanner-app.html

Wartezeiten bis zu einem Termin reduzieren: Wir behandeln in **Terminsprechstunde**, erinnern i.d.R. 48 Stunden vor Terminen per SMS. Bei Terminversäumnissen oder bei kurzfristiger Absage weniger als 24 Stunden vor dem Termin - ohne akuten Grund - stellen wir ein **Ausfallshonorar** über unsere Abrechnungsstelle in Rechnung (s. unten*).

!!! WICHTIG - Unterlagen und Vorbefunde bitte IMMER MITBRINGEN: Vorbefunde, Arztberichte, Jahresschulzeugnisse seit Einschulung, gelbes U-Heft – **in Kopie oder digital** als PDF.

!!! Behandlungseinverständnis (bitte ANKREUZEN): Mit psychologisch-psychiatrischer-psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlung nach klinischer Symptomatik, nach Bedarf auch multiprofessionell, in der Praxis Dr. Lienert und Kollegen:Innen bin ich / sind wir einverstanden:

☐ Ich bin alleine sorgeberechtigt oder bevollmächtigt bzw. bin ich bereits volljährig. Die gegebenenfalls Vollmacht liegt bei.

☐ Wir sind gemeinsam sorgeberechtigt und der mit mir sorgeberechtigte Elternteil wurde durch mich informiert und ist ebenfalls einverstanden, was ich durch meine Unterschrift bestätige.

☐ Wir sind gemeinsam sorgeberechtigt, der mit mir sorgeberechtigte Elternteil ist noch nicht über den Termin informiert. Mir ist bewusst, dass daher nur ein Termin zur Klärung einer akuten Situation möglich, das schriftliche Einverständnis vor weiteren Terminen erforderlich ist.

☐ Ich bin bereits mindestens 16 Jahre alt, möchte mich vor dem 18. Geburtstag ohne elterliche Informationsweitergabe anmelden. Mir ist bekannt, dass dennoch mindestens das elterliche Einverständnis und die Angabe von deren Kontaktinformationen nötig sind: _____

Gerne stehen wir bei Fragen zur Verfügung, vielen Dank für die Mithilfe,

mit freundlichen Grüßen, Praxisteam Dr. Lienert und Kollegen:Innen

Pat.-Nachname, Vorname:

!!! Terminwunsch (bitte ANKREUZEN): Dies hilft, den Bedarf einzuschätzen, ggf. wurde z. B. bereits etwas empfohlen? **Angaben zu den Unterschieden zwischen Psychiatrie und Psychotherapie** finden sich auf unserer Homepage: www.praxis-dr-lienert.de/unterschied. **Ob wir derzeit neue Patienten:Innen aufnehmen können entnehmen Sie bitte unserer Homepage** www.praxis-dr-lienert.de/anmeldung-behandlungsspektrum.

(KINDER-JUGEND-) PSYCHIATRIE				PSYCHOTHERAPIE				BEIDES	WEISS NICHT
☐	Erstkontakt	☐	Zweitmeinung	☐	Erstgespräch	☐	Therapeutenwechsel	☐	☐

1. Grund für die Vorstellung (bitte beschreiben)?

Ja **Nein** 2. Vorstellung auf Empfehlung (z. B. Schule, Arbeitsstätte, Kinder- oder Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut)? Falls ja, auf wessen Empfehlung oder Überweisung:

☐	☐	
--------------------------	--------------------------	--

Ja **Nein** 3. Erfolgt(en) wegen der aktuellen Vorstellung Untersuchungen oder Behandlungen? Falls ja, bei wem und (seit) wann:

☐	☐	
--------------------------	--------------------------	--

Ja **Nein** 4. Findet **derzeit eine Behandlung** statt (z. B. Psychiater, Psychotherapeut, SPZ, Institutsambulanzen, Ergotherapie, Logopädie)? Bitte die **Angaben zur SPV-Pauschale**** beachten! Werden **Medikamente, auch pflanzliche**, eingenommen? Falls ja, bei wem und (seit) wann, welche(s) Medikament(e)?

☐	☐	
--------------------------	--------------------------	--

Ja **Nein** 5. Fand bereits eine **stationäre Behandlung** im Krankenhaus statt? Falls ja, **wo, wann und weswegen**?

☐	☐	
--------------------------	--------------------------	--

Ja **Nein** 6. Gab oder gibt es **Auffälligkeiten beim Besuch von Kindergarten, Hort, Schule, Ausbildungs-, Arbeitsstätte**? Falls ja, bitte kurze **Beschreibung**:

☐	☐	
--------------------------	--------------------------	--

Ja **Nein** 7. Weitere Themen:

☐	☐	
--------------------------	--------------------------	--

* Um Wartezeiten bis zu einem Termin zu vermeiden bitten wir um Terminabsagen > 24 Stunden. Für Terminversäumnisse ohne Absage per Telefon (Anrufbeantworter) oder Email > 24 Stunden bzw. fehlende Vorstellung ohne akuten Grund (z. B. gesicherte Erkrankung, ggf. Attest) wird einem **Ausfallshonorar** über unsere Abrechnungsstelle zugestimmt: Die **Kosten** entnehmen Sie bitte unserer **Homepage** www.praxis-dr-lienert.de/wartezeiten—terminabsagen--ausfallshonorar, die **Kenntnisnahme** der **Kosten bestätigen** Sie mit Ihrer **Unterschrift**. Dies gilt jeweils, wenn wir den Termin nicht anderweitig abrechnen konnten.

** Es wird zugesichert, dass **derzeit keine laufende Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren, psychiatrischen Institutsambulanzen, anderen SPV-Einrichtungen oder kjp-Praxen** wahrgenommen und bzw. **keine Abrechnung** der sogenannten quartalsweisen SPV-Pauschale erfolgt.

Einer **Kontaktaufnahme** und z. B. **Terminerinnerung** oder **Beantwortung von Fragen** durch die Praxis per (**digitaler**) **Medien / Kommunikation, Post, Telefon, Fax, Email oder SMS** sowie **KIM (Kommunikation im Medizinwesen)** wird zugestimmt. Bitte beachten Sie die separaten Angaben zur elektronischen Patientenakte (ePA) in der Praxis. Die **Datenschutzerklärung** auf der Homepage wurde zur Kenntnis genommen: www.praxis-dr-lienert.de/datenschutz. Es ist bekannt, dass der **Datenschutz im Internet** und bei **digitaler Kommunikation** nicht immer sicher gewährleistet werden kann. Das Einverständnis kann für die Zukunft widerrufen werden.

Änderungen der Kontakt-, Versicherungs- oder relevanter Angaben (inkl. SPV) werden **umgehend selbstständig mitgeteilt**.

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und Sozialpsychiatrie
 Praxis für Psychotherapie
 Dr. med. Sven Lienert und Kollegen:Innen
 Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Psychotherapeut, Supervisor
 Facharzt Kinder- und Jugendmedizin
 Diabetologe DDG

Nürnberg, Adressdaten,
 Behandler:Innen und Standort(e)
 sowie BSNR siehe Homepage

Tel. 0911-43947500
 Fax. 0911-43947502
 info@praxis-dr-lienert.de
 www.praxis-dr-lienert.de

Termine n. Vereinbarung und s.
 Homepage



Dieses Schreiben enthält besonders
 schutzbedürftige personenbezogene Daten und
 Mitteilungen, für deren Weitergabe oder
 Offenbarungen die Beschränkungen des § 203
 StGB und des §76 SGB X gelten.

Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis

Mit Stichtag 25. Mai 2018 gilt die neue Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union.

Entsprechend dieser wurde durch

PatientIn:

Nachname	Vorname	Wohnort	Geburtsdatum
----------	---------	---------	--------------

Sorgeberechtigte:r oder
 Bevollmächtigte:r

Nachname	Vorname	Wohnort	Geburtsdatum
----------	---------	---------	--------------

die „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ in der Praxis oder auf der Homepage unter <http://www.praxis-dr-lienert.de/datenschutz> eingesehen und zur Kenntnis genommen.

Einer **Kontaktaufnahme** und z. B. **Terminerinnerung** oder **Beantwortung von Fragen** durch die Praxis per **(digitaler) Medien / Kommunikation, Post, Telefon, Fax, Email oder SMS** sowie **KIM (Kommunikation im Medizinwesen)** wird zugestimmt. Bitte beachten Sie die separaten Angaben zur elektronischen Patientenakte (ePA) in der Praxis. Emailadresse und Handynummer sind oben aufgeführt. Es ist bekannt, dass der **Datenschutz im Internet und bei digitaler Kommunikation nicht immer sicher gewährleistet werden kann.**

Es ist bekannt, dass der **Datenschutz im Internet und bei digitaler Kommunikation nicht immer sicher gewährleistet werden kann.**

Änderungen der Kontakt-, Versicherungs- oder relevanter Angaben werden **umgehend selbstständig mitgeteilt.**

Das Einverständnis kann für die Zukunft widerrufen werden.



Ergänzung zur Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis: Einwilligung Videosprechstunde

Mit Stichtag 25. Mai 2018 gilt die neue Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union.

Entsprechend dieser wurde(n) durch

PatientIn:

Nachname	Vorname	Wohnort	Geburtsdatum
----------	---------	---------	--------------

Sorgeberechtigte:r oder
Bevollmächtigte:r

Nachname	Vorname	Wohnort	Geburtsdatum
----------	---------	---------	--------------

die „Patienteninformation zum Datenschutz“ in der Praxis oder auf der Homepage unter <http://www.praxis-dr-lienert.de/datenschutz> eingesehen und zur Kenntnis genommen.

Einer Kontaktaufnahme und z. B. Terminerinnerung oder Beantwortung von Fragen durch die Praxis und deren Standorten per **(digitaler) Post, Telefon, Email** oder **SMS** sowie der nachfolgend erläuterten **Videosprechstunde** wird zugestimmt.

In einer **Videosprechstunde** läuft das Gespräch miteinander ähnlich ab wie in der Praxis. Der Austausch erfolgt jedoch am Bildschirm, ohne Anwesenheit in der Praxis. Für die Videosprechstunde wird keine besondere Technik benötigt: Computer oder Tablet / Smartphone mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung reichen aus. Die Verbindung erfolgt über einen Videodienstanbieter, der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass das, was besprochen wird, auch vertraulich bleibt. Die **Videosprechstunde** ist möglich, ohne ein eigenes Benutzerkonto anzulegen

Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

1. Wir versenden **pro Termin vorab eine Email für die Videosprechstunde** mit einem **Link** / Einwahlcode für die Videosprechstunde.
2. Der Videodienstanbieter wird beim Einwählen nach dem Namen fragen, wir bitten um korrekte Eingabe, damit wir richtig zuordnen können.
3. Am Tag der Videosprechstunde bitte **ca. 5 Minuten vor dem Termin über den Link / Einwahlcode einwählen**.
4. Der **Link / Einwahlcode führt in das virtuelle Wartezimmer**.
5. Sobald die Mitarbeiter_Innen der Praxis zu der Videosprechstunde hinzukommt/-en, kann die Sprechstunde beginnen.
6. Nach der Sprechstunde bitte von der Internetseite wieder abmelden (schliessen des Fensters).

Datensicherheit:

- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.



Pat.-Nachname, Vorname:

- Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.
- Dem Videodienstanbieter und der Praxis ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen.

Alle Beteiligten sichern zu, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und **ruhiger Umgebung** stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die **Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen** erfolgt.
- **Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.**
- **Hilfspersonen** auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die **technischen Voraussetzungen** für die Nutzung der Videosprechstunde vorliegen.

Anbieter der Videosprechstunde (Stand 25.06.20)

Derzeit arbeiten wir im Rahmen der Behandlung mit:

- Epikur Software & IT-Service GmbH & Co. KG, Helmholtzstr. 2–9, 10587 Berlin, Kontaktdaten und Datenschutzerklärung <https://www.epikur.de/datenschutzerklaerung/>

bzw.

- RED Medical Systems GmbH, Lutzstraße 2, 80687 München, Kontaktdaten und Datenschutzerklärung <https://video.redmedical.de/#/privacy>

wobei es im Rahmen technischer Änderungen ohne Vorankündigung zu einem Anbieterwechsel kommen kann. Den jeweils von uns gewählten Anbieter entnehmen Sie bitte dem Link, den wir Ihnen zur Einwahl zusenden. Dort können Sie dann auch ergänzend deren Datenschutzvereinbarung einsehen.

Mir / Uns ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung der für mich / uns unentgeltlich ist. Ich / Wir bin / sind einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die Praxis zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die oben genannten datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Praxis und Patient_In und Angehörigen im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist bekannt, dass der Datenschutz im Internet trotz Vorkehrungen nicht immer sicher gewährleistet werden kann. Durch meine Unterschrift erkläre(n) ich / wir vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

Mittels Einwahl über den zugesendeten Link zur Videosprechstunde ODER durch meine Unterschrift bestätige(n) ich/wir, am nachfolgend genannten Datum ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtlichen Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein und die Datenschutzvereinbarung der Praxis und des Anbieters zur Kenntnis genommen zu haben.

Es ist bekannt, dass der Datenschutz im Internet trotz Vorkehrungen nicht immer sicher gewährleistet werden kann. Das Einverständnis kann für die Zukunft widerrufen werden.



Einverständnis digitale Testdiagnostik

BITTE BEACHTEN: Wir arbeiten überwiegend mit digitalen Testverfahren und -medien. Bei fehlender Einwilligung können wir Ihnen keine umfassende Diagnostik anbieten.

Hiermit stimme(n) ich/wir der testpsychologischen Untersuchung in der Praxis und deren Standorten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. med. Sven Lienert und Kollegen:Innen zu.

PatientIn:

Nachname	Vorname	Wohnort	Geburtsdatum
----------	---------	---------	--------------

Sorgeberechtigte:r oder
Bevollmächtigte:r

Nachname	Vorname	Wohnort	Geburtsdatum
----------	---------	---------	--------------

Insbesondere wurde(n) ich/wir über die im Rahmen der Testung erfolgende auch onlinebasierte Diagnostik und Auswertung über das Testsystem

- des Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG Testzentrale, Herbert-Quandt-Str. 4, D-37081 Göttingen, Tel: +49 (0)551 999 50-880, Fax: +49 (0)551 999 50-998, E-Mail: e-tests@hogrefe.de, Internet: www.testzentrale.de,
- der Pearson Deutschland GmbH, Sankt-Martin-Straße 82, 81541 München
Tel.: +49 (0)89 954597 – 0, Fax: +49 (0)89 954597 – 010, E-Mail: info@pearson.de, Internet: www.pearson.de, https://de.pearson.com/de_DE/Datenschutz.html,

nachfolgend Auftragnehmer genannt, aufgeklärt.

Soweit für die Testung die Übermittlung personenbezogener Daten an die Auftragnehmer erforderlich wird, gebe(n) ich/wir hierzu meine/unsere ausdrückliche Zustimmung.

Ich/Wir hatte(n) Gelegenheit, die Datenschutz-Richtlinie der Auftragnehmer unter „<https://www.hogrefe.de> - Datenschutzerklärung“ bzw. „https://de.pearson.com/de_DE.html - Datenschutzhinweis“ in der Praxis einzusehen. Der ggf. mit mir sorgeberechtigte Elternteil ist ebenso wie ich mit der Diagnostik einverstanden. Das Einverständnis kann jederzeit schriftlich für zukünftige Untersuchungen widerrufen werden.

Wenn Sie eine **Kopie der Unterlagen** wünschen empfehlen wir Ihnen, diese auch aus ökologischen Gründen mittels z. B. Smartphone als Foto oder PDF – Scanner anzufertigen (Software zum Scannen via Smartphone als PDF (ohne Gewähr) z.B. www.adobe.com/de/acrobat/mobile/scanner-app.html)

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Sozialpsychiatrie
Praxis für Psychotherapie
Dr. med. Sven Lienert und Kollegen:Innen
Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapeut, Supervisor
Facharzt Kinder- und Jugendmedizin
Diabetologe DDG

Nürnberg, Adressdaten,
Behandler:Innen und Standort(e)
sowie BSNR siehe Homepage

Tel. 0911-43947500
Fax. 0911-43947502
info@praxis-dr-lienert.de
www.praxis-dr-lienert.de

Termine n. Vereinbarung und s.
Homepage



Dieses Schreiben enthält besonders
schutzbedürftige personenbezogene Daten und
Mitteilungen, für deren Weitergabe oder
Offenbarungen die Beschränkungen des § 203
StGB und des §76 SGB X gelten.

Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung

- **Ausfallshonorar:** Bei **Privatversicherten, Selbstzahlern** und **gesetzlich Versicherten** gem. Angaben in den Anmeldeunterlagen bzw. eingesehener Übersicht <https://www.praxis-dr-lienert.de/wartezeiten--terminabsagen--ausfallshonorar>, wenn Termin nicht anderweitig genutzt oder vergeben und somit abgerechnet werden konnte.

- **Leistungsabrechnung:** Bei **Privatversicherten** und **Selbstzahlern** mit **Gutachten** gem. eingesehener GOÄ Übersicht sowie <https://www.praxis-dr-lienert.de/wartezeiten--terminabsagen--ausfallshonorar>

- Bei **fehlender Versichertenkarte** bzw. **fehlendem Versicherungsnachweis** Leistungsabrechnung gemäss eingesehener GOÄ Übersicht sowie <https://www.praxis-dr-lienert.de/wartezeiten--terminabsagen--ausfallshonorar>

Patient_In

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	PLZ/Wohnort	Versicherung

gesetzlicher Vertreter

bzw. abweichender
Rechnungs-
empfänger:
(falls erforderlich)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon / Mobilrufnummer
Straße, Hausnummer	PLZ/Wohnort	

Zusatzklärung bei minderjährigen Patienten:

Hiermit versichere ich ausdrücklich, dass auch der abwesende Sorgeberechtigte seine Einwilligung erteilt hat.

**Ich erkläre mein ausdrückliches, jederzeit für die Zukunft widerrufliches
Einverständnis, dass der untenstehende Leistungserbringer**

- zum Zwecke der Erstellung der Rechnungen sowie zur Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderungen alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Diagnosen, Behandlungsdokumentation, Rechnungsbetrag, Laborrechnungen, Befunde, Formulare etc. weitergibt an die

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH -Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg (im Folgenden „Verrechnungsstelle“)

Insofern entbinde ich den Leistungserbringer sowie die Verrechnungsstelle ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Leistungserbringer die sich aus dieser und künftigen Behandlungen ergebenden Forderungen an die Verrechnungsstelle abtritt; zur Refinanzierung darf die Verrechnungsstelle Forderungen aus meinen Behandlungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf oder die Commerzbank AG, Frankfurt/Main sicherungsweise weiterabtreten.

- Ich bin mir bewusst, dass nach Abtretung der Forderung die Verrechnungsstelle mir gegenüber als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Verrechnungsstelle zu erheben bzw. geltend zu machen sind und dass der Leistungserbringer als Zeuge vernommen werden kann.
- Ein Widerruf dieser Erklärung für die Zukunft kann gegenüber der Verrechnungsstelle oder gegenüber dem Leistungserbringer erfolgen.
- Meine personenbezogenen Daten werden von der Verrechnungsstelle auch elektronisch verarbeitet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die unten stehenden Informationen zum Datenschutz gelesen zu haben und mir eine Ausfertigung dieser Erklärung ausgehändigt wurde.

Nürnberg, _____

Ort, Datum

X

Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

Praxis Dr. med. Sven Lienert und Kollegen*Innen
FA KiJuPsych, Psychoth., Supervisor, FA KiJuMed, Diabet. DDG
Vestnertorgraben 53, 90408 Nürnberg
T: 0911 43947-500 F: -502
info@praxis-dr-lienert.de, BSNR 663813700

Stempel Leistungserbringer

Informationen zum Datenschutz der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Leistungserbringer arbeitet mit uns zusammen, um den hohen administrativen Aufwand zu reduzieren, der mit der Abrechnung von Privatliquidationen verbunden ist. Damit möchte Ihr Leistungserbringer sich auf das Wichtigste konzentrieren: Ihre Bedürfnisse als Patient. Daher bitten wir Sie, die vorstehend abgedruckte Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterzeichnen. Die Unterzeichnung der Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung und die Bereitstellung Ihrer Daten sind freiwillig, d.h. sie ist weder gesetzlich vorgeschrieben noch für die Behandlung erforderlich. Andernfalls wird Ihr Leistungserbringer die Privatliquidation selbst abrechnen und ggf. gerichtlich durchsetzen.

Als Verrechnungsstelle gilt die Schweigepflicht für uns genauso streng wie für Ihren Leistungserbringer. Wie Ihr Leistungserbringer müssen wir datenschutzrechtliche Vorschriften beachten. Eine faire und transparente Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nachfolgend informieren wir Sie über Ihre daraus folgenden Rechte:

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a und Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a EU Datenschutzgrundverordnung. Ansonsten kann/muss der Leistungserbringer selbst abrechnen.

Ihre rechnungsbezogenen Daten löschen wir unverzüglich, wenn die gesetzlichen oder behördlichen Aufbewahrungsfristen (in der Regel 10 Jahre) abgelaufen sind und der Zweck der Verarbeitung erreicht wurde. Bei Zweckerfüllung vor Ablauf der Aufbewahrungsfristen wird die Datenverarbeitung eingeschränkt (Sperrung der Daten).

Es ist Ihr gutes Recht, von uns Auskunft zu verlangen, welche Ihrer personenbezogenen Daten wir verarbeiten. Selbstverständlich können Sie zudem von uns beanspruchen, dass wir falsche oder unvollständige personenbezogene Daten berichtigen. Ihnen steht nach den gesetzlichen Voraussetzungen ein Recht auf Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Bei allen Fragen rund um das Thema Datenschutz wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten. Sie erreichen ihn über

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH – Datenschutzbeauftragter - Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg
Tel.: 0911 98478 301 - eMail: datenschutz@verrechnungsstelle.de

Daneben können Sie sich bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. Für uns ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach zuständig.

Ihre
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle

*Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Sozialpsychiatrie*

Praxis für Psychotherapie

Dr. med. Sven Lienert und Kollegen:Innen

Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie

Psychotherapeut, Supervisor

Facharzt Kinder- und Jugendmedizin

Diabetologe DDG

Nürnberg, Adressdaten,
Behandler:Innen und Standort(e)
sowie BSNR siehe Homepage

Tel. 0911-43947500

Fax. 0911-43947502

info@praxis-dr-lienert.de

www.praxis-dr-lienert.de

Termine n. Vereinbarung und s.
Homepage



Dieses Schreiben enthält besonders
schutzbedürftige personenbezogene Daten und
Mitteilungen, für deren Weitergabe oder
Offenbarungen die Beschränkungen des § 203
StGB und des §76 SGB X gelten.

Bei fehlendem Nachweis einer bestehenden gesetzlichen Versicherung behalten wir uns auch rückwirkend die privatärztliche Abrechnung gem. GOÄ über unsere Abrechnungsstelle vor.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie den Inhalt der Dokumente jeweils zur Kenntnis genommen zu haben.

Sollten Sie (mit auch einzelnen Punkten) nicht einverstanden sein besprechen Sie dies bitte *persönlich in der Praxis* mit dem Empfangsteam zu den Öffnungszeiten des Empfang; bei Streichung auch einzelner Anteile bieten wir erst nach Klärung Termine an.

Wenn Sie eine **Kopie der Unterlagen** wünschen empfehlen wir, diese auch aus ökologischen Gründen mittels z. B. Smartphone als Foto oder PDF – Scanner anzufertigen (Software zum Scannen via Smartphone als PDF (ohne Gewähr) z. B. www.adobe.com/de/acrobat/mobile/scanner-app.html).

1. Anmeldebogen, Behandlungsvereinbarung
2. Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis
3. Ergänzung zur Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis: Einwilligung Videosprechstunde
4. Einverständnis digitale Testdiagnostik
5. Honorarvereinbarung Privatpatienten, Selbstzahler, Gutachten – gesetzlich Versicherte bei Terminversäumnis sowie fehlender Versichertenkarte

!!! Bitte unterschreiben Sie auf der Honorarvereinbarung separat !!!

Das Einverständnis kann jederzeit schriftlich für zukünftige Untersuchungen widerrufen werden; bitte beachten Sie in dem Fall, dass sich dies auf das uns mögliche Behandlungsangebot auswirkt.

Ort	Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte:r / Bevollmächtigte:r / Patient:In
-----	-------	--