

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

Enderstrasse 3
90459 Nürnberg
Tel. 0911-43947500
Fax. 0911-43947502
info@praxis-dr-lienert.de
www.praxis-dr-lienert.de
BSNR 663813700
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:		Geb. Datum:	
Email-Adresse:		(Mobil)-Telefon-Nr:	
Meldeadresse (falls abweichend von Versichertenkarte):			
Krankenkasse:		Versicherungsnummer: 10	
Meldeadresse (falls abweichend von Versichertenkarte):		Versichertennummer:	
Bei Privatpatienten Rechnungsempfänger mit Adresse:			

Sehr geehrte(r) Patient:In, Eltern, Sorgeberechtigte:r,

gerne können Sie Ihr Kind beziehungsweise können Sie sich selber oder kannst Du Dich für Diagnostik oder Therapie anmelden. Alle Angaben werden im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

<input type="checkbox"/>	Terminvereinbarung und Anmeldung: Gerne bestätigen wir nach Erhalt der vollständig ausgefüllten und unterscribenen Anmeldeunterlagen mit Versicherungsdaten vereinbarte Termine.
<input type="checkbox"/>	!!! Anmeldeunterlagen bitte eine Woche VOR erstem Termin zusenden oder in der Praxis ausfüllen (wir drucken bei Bedarf gerne vorab aus, nachdem die Versichertenkarte zu den Sprechzeiten eingelese wurde).
<input type="checkbox"/>	Wartezeiten gemeinsam reduzieren: Wir behandeln in Terminsprechstunde , erinnern i. d. R. 48 Stunden vor Terminen per SMS, bitten bei Verhinderung um Terminabsagen > 24 Stunden. Wir bitten um Verständnis, dass wir uns bei fehlender Absage ein Ausfallshonorar vorbehalten (s. unten*).
<input type="checkbox"/>	!!! WICHTIG: Unterlagen und Vorbefunde bitte immer mitbringen: Alle Vorbefunde, Arztberichte, Jahresschulzeugnisse seit Einschulung, gelbes U-Heft – jeweils in Kopie - mitbringen.

!!! Behandlungseinverständnis (bitte immer 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:

<input type="checkbox"/>	Ich bin alleine sorgeberechtigt oder bevollmächtigt bzw. bin ich bereits volljährig.
<input type="checkbox"/>	Wir sind gemeinsam sorgeberechtigt und der mit mir sorgeberechtigte Elternteil wurde durch mich informiert und ist ebenfalls einverstanden, was ich durch meine Unterschrift bestätige.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	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

Pat.-Nachname, Vorname:

!!! Terminwunsch (Bitte ankreuzen): Dies hilft, den Bedarf genauer einzuschätzen, ggf. wurde z. B. bereits etwas empfohlen? Angaben zu den Unterschieden finden sich auf unserer Homepage.

(KINDER-JUGEND-) PSYCHIATRIE		PSYCHOTHERAPIE		BEIDES	WEISS NICHT				
<input type="checkbox"/>	Erstkontakt	<input type="checkbox"/>	Zweitmeinung	<input type="checkbox"/>	Erstgespräch	<input type="checkbox"/>	Therapeutenwechsel	<input type="checkbox"/>	

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:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

Ja **Nein** 7. Weitere Themen:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

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, Post, Telefon, Email oder SMS**) wird zugestimmt. Emailadresse und Handynummer sind oben aufgeführt. 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 digitalen Medien nicht immer sicher gewährleistet werden kann**. Das Einverständnis kann für die Zukunft widerrufen werden.

Um Wartezeiten 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** seitens der Patienten:Innen wird einem **Ausfallshonorar zzgl. MwSt.** zugestimmt: Bei gesetzlich Versicherten bei **kjp-Vorstellung EUR 45,-** bzw. bei **pt-Behandlung 50%** des sonst von den **Kostenträgern erstatten Satzes, derzeit ca. EUR 50,-;** bei Privatversicherten **50% gemäß GOÄ nach geplante Termin. Dies gilt jeweils, wenn wir den Termin nicht anderweitig nutzen konnten.**

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

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

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

Enderstrasse 3
90459 Nürnberg
Tel. 0911-43947500
Fax. 0911-43947502
info@praxis-dr-lienert.de
www.praxis-dr-lienert.de
BSNR 663813700
Termine n. Vereinbarung und s.
Homepage



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) Post, Telefon, Email oder SMS** wird zugestimmt.

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

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

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

Enderstrasse 3
90459 Nürnberg
Tel. 0911-43947500
Fax. 0911-43947502
info@praxis-dr-lienert.de
www.praxis-dr-lienert.de
BSNR 663813700
Termine n. Vereinbarung und s.
Homepage



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 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 $\{\text{Datum_Formatiert}\}$ 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 jederzeit widerrufen werden.

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

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

Endterstrasse 3
90459 Nürnberg
Tel. 0911-43947500
Fax. 0911-43947502
info@praxis-dr-lienert.de
www.praxis-dr-lienert.de
BSNR 663813700
Termine n. Vereinbarung und s.
Homepage



Einverständnis digitale Testdiagnostik

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

Hiermit stimme(n) ich/wir der testpsychologischen Untersuchung in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. med. Sven Lienert und Kollegen:Innen, Endterstr. 3, 90459 Nürnberg 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), 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. Mein/Unser Einverständnis kann jederzeit schriftlich für zukünftige Untersuchungen widerrufen werden. Eine Kopie dieses Einverständnisses wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

Ort

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte:r / Bevollmächtigte:r / Patient:In