

Die Mitte Praxis, Dr. Caroline Böttiger

- ELTERN -

Name Patient:	
Name Sorgeberechtigter / Rechnungsempfänger:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Email:	
Geburtsdatum Patient:	Geburtsort Patient:

Sorgerecht:

Die leiblichen Eltern (oder Adoptiveltern) **leben zusammen** und haben das gemeinsame Sorgerecht.

Die leiblichen Eltern (oder Adoptiveltern) **leben getrennt / geschieden** und haben das gemeinsame Sorgerecht:

Name, Adresse, Telefonnr. des zweiten sorgeberechtigten Elternteils (bei dem das Kind nicht gemeldet ist):

Die Mutter hat das **alleinige Sorgerecht**.

Der Vater hat das **alleinige Sorgerecht**.

Ein **Vormund** hat das Sorgerecht (Name, Adresse, Telefon):

Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht / Gesundheitssorgerecht (Unzutreffendes bitte streichen) liegt bei folgendem Elternteil / Vormund:

Ich versichere hiermit, dass meine **Angaben zum Sorgerecht** korrekt sind und dass, falls gemeinsames Sorgerecht besteht, beide Sorgeberechtigte mit dem Neurofeedback Training des Kindes hier in der Praxis einverstanden sind. Sollte dieses Einverständnis von einem Sorgeberechtigten zwischenzeitlich zurückgezogen werden oder sollte sich die Sorgerechtsregelung ändern, werde ich die Praxis hierüber unverzüglich informieren. Denn nach bundesdeutscher Rechtslage ist für die kinder- und jugendpsychiatrische / psychotherapeutische Behandlung eines Kindes / Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag das Einverständnis beider Sorgeberechtigten erforderlich.

Einverständniserklärung

Ich habe das Sorgerecht und bin mit der Neurofeedback Behandlung meines Kindes in der Mitte Praxis (durch alle Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter der Praxis) einverstanden.

Datenschutz

Im Rahmen der Behandlung werden personenbezogene (Name, Adresse, Telefonnummer, Email) sowie gesundheitsbezogene Daten über das Kind erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der Daten ist für die Durchführung der Behandlung notwendig und gemäß Art. 6 Abs 1 b) EU-DS-GVO rechtmäßig. Laut § 630 f BGB ist die Trainerin verpflichtet den Trainingsverlauf zu dokumentieren. Die gesetzliche Aufbewahrungspflicht der Daten beläuft sich auf einen Zeitraum von bis zu 10 Jahren nach Trainingsende. Nach Ablauf der 10 Jahre müssen die Daten gemäß § 630 f BGB Abs. 3 gelöscht werden. Die Daten werden digital erfasst und werden passwortgeschützt und nach geltendem Recht gesichert.

Die Daten können auf Anfrage hin gesichtet werden. Sie haben zudem das Recht auf Berichtigung der Daten, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit. Die Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben.

Ich habe das Sorgerecht und bin einverstanden, dass die Daten meines Kindes zu Behandlungs- und Abrechnungszwecken im Computersystem der Praxis gespeichert und dass wir mit Ihnen zwecks Terminvereinbarungen ggf. über Telefon oder E-Mail kommunizieren dürfen, ohne dabei Namen zu nennen.

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

Ich stimme zu, dass meine Daten über Doctolib erfasst und die Patientendokumentation über die elektronische Patientenakte Simplimed bearbeitet werden. Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten bin ich einverstanden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung der Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Behandlungsvereinbarung

Neurofeedback ist eine Privatleistung und wird wie folgt berechnet:

<input type="checkbox"/>	Kein Paket (85,-/Sitzung)	15% Rabatt
<input type="checkbox"/>	10er Paket (80,-/Sitzung)	20% Rabatt
<input type="checkbox"/>	20er Paket (75,-/Sitzung)	25% Rabatt
<input type="checkbox"/>	30er Paket (70,-/Sitzung)	30% Rabatt

Bitte kreuzen Sie eines der o.g. Pakete an.

- Hiermit bestätige ich, dass ich damit einverstanden bin, das o.g. Paket in voller Höhe zu erwerben. Die Abrechnung erfolgt jeweils am Monatsende und beinhaltet die jeweils in diesem Monat geleisteten Sitzungen.
- Die Mitte Praxis darf mir die Rechnungen per E-Mail schicken

Einwilligung in die Rahmenbedingungen

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, die von der Behandlerin ausgehändigten **Materialien** nicht an Dritte weiterzugeben.
- Die Inhalte und Vereinbarungen der Sitzungen unterliegen der **Schweigepflicht**. Die Pflicht zur vertraulichen Behandlung bleibt auch nach Beendigung der Behandlung bestehen. Die Behandlerin ist für Supervisionssitzungen gegenüber den anderen Mitarbeitern der Mitte Praxis von der Schweigepflicht enthoben.
- Vereinbarte Termine müssen mindestens **48 Stunden** im Voraus abgesagt werden, andernfalls müssen sie in Rechnung gestellt werden.
- Die Behandlung ist jederzeit von beiden Seiten kündbar.

Ort, Datum

Unterschrift BehandlerIn

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter