

Diagnostik- und Behandlungsvereinbarung

Name des Kindes/Jugendlichen:..... Geburtsdatum:.....

1. Behandlungsumfang: Die Praxis Franziska Wolff, Fachärztin für KJPP, erbringt diagnostische, therapeutische und beratende Leistungen. Art und Umfang werden gemeinsam mit den Sorgeberechtigten und dem Kind/Jugendlichen abgestimmt.

2. Einverständnis Diagnostik & Therapie: Ich/wir willige(n) ein, dass notwendige Untersuchungen und – nach gemeinsamer Planung – eine Behandlung durchgeführt werden dürfen. Alle sorgeberechtigten Personen müssen zustimmen (§ 1687 BGB) und haben Anspruch auf wesentliche Informationen (§ 1686 BGB). Der Auftrag gilt bis auf Widerruf.

3. Schweigepflicht & Informationsaustausch: Die Praxis unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Ein Austausch mit Dritten (z. B. Schule, Jugendamt, Ärzte) erfolgt nur nach schriftlicher Einwilligung. Diese kann jederzeit widerrufen werden.

4. Datenschutz (Art. 13 DSGVO): Verantwortlich: Praxis Franziska Wolff, Fachärztin für KJPP **Zweck:** Behandlung, Dokumentation, Abrechnung **Datenarten:** Stammdaten, Gesundheitsdaten, Abrechnungsdaten **Rechtsgrundlagen:** Art. 6 (1) b DSGVO (Behandlungsvertrag), Art. 9 (2) h DSGVO (Gesundheitsdaten), gesetzliche Pflichten **Speicherdauer:** mind. 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung **Rechte:** Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

5. Termine & Notfälle: Falls ein Termin nicht wahrgenommen werden kann, bitten wir um möglichst rechtzeitige Absage. Die Praxis behält sich vor, wiederholt versäumte oder sehr kurzfristig abgesagte Termine nach vorheriger Ankündigung privat in Rechnung zu stellen. Die Praxis bietet keine 24-h-Notfallversorgung. In Krisen: Notdienst, 116117.

6. Kontaktwege: Bitte kreuzen Sie an, ob wir Sie folgendermaßen kontaktieren dürfen:

Mutter: Nachricht auf Anrufbeantworter per Post per Email

Vater: Nachricht auf Anrufbeantworter per Post per Email

Andere Sorgeberechtigte: Nachricht auf Anrufbeantworter per Post per Email

7. Information an Kinderarzt: Ich bin/wir sind einverstanden, dass Arztbriefe/relevante medizinische Informationen an den behandelnden Kinderarzt/Hausarzt übermittelt werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. ja nein

Ort, Datum _____

Unterschrift sorgeberechtigte Mutter _____

Unterschrift sorgeberechtigter Vater _____

Unterschrift andere Sorgeberechtigte _____