Name des Patienten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Berlin, den\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Geb.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zusatzvereinbarung / Einwilligung**

Auf Grund der neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung(DSGVO) ab dem 25.05.2018 und Verpflichtung zur Wahrung der Vertraulichkeit und zur Beachtung des Datenschutzes sind wir verpflichtet, von Ihnen eine Zusatzvereinbarung / Einwilligung einzuholen, sowie auf ein paar Dinge aufmerksam zu machen.

* Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass **bestimmte Bereiche** unserer Praxis aus **Sicherheitsgründen** **videoüberwacht** werden. Diese befinden sich im **Eingangs**- und **Fluchtbereich** sowie im **Wartebereich**.
* Bei Ausstellung einer Überweisung an andere Fachärzte, bin ich/wir mit der Datenweitergabe und der Weitergabe der Diagnosen einverstanden.
* wie Sie bereits bemerkt haben, bekommen Sie zu einigen Terminen eine Erinnerungs-SMS von unserem Praxisteam zugesendet.

**(Diese Erinnerungs- SMS werden ausschließlich für Termine bei unseren psychologischen Mitarbeiterinnen zugestellt. Nachrichten,** die **an uns** gesendet werden, **per SMS oder WhatsApp, können** wir **nicht empfangen).**

Möchten Sie per SMS an die Termine erinnert werden? Ja **O** Nein **O**

* Ich/Wir bin/ sind damit einverstanden, dass zum Zweck der Qualitätssicherung ein Austausch/ Intervision zwischen den Mitarbeiter des Praxisteams stattfinden darf. Da wir ein multiprofessionelles Team sind, bitten wir Sie um Ihr Einverständnis.
* Ich / Wir bin/sind damit einverstanden, dass Dienstleister der Praxis (z.B. Labor 28, Portale zur Auswertung von Testmaterial (z.B. PEARSON Deutschland und Hogrefe Verlag) und unsere Software und IT-Service (EPIKUR) mit der Datenverarbeitung und Softwarepflege beauftragt werden dürfen.
* Befunde oder Berichte die unsere Praxis von anderen Ärzten oder Kliniken erhält, dürfen nicht ausgehändigt werden. Diese müssen beim Ersteller angefordert werden.

Befundanforderungen können nur noch persönlich (mit einer Vollmacht/ Schweigepflichtsentbindung der Sorgeberichtigten Person) vor Ort angefordert werden.

* Es müssen alle sorgeberechtigten Personen mit der Behandlung in der Praxis einverstanden sein und die Formulare der Praxis unterschreiben. Sollte es nicht möglich sein, dass eine sorgeberechtigte Person die Unterlagen unterschreibt so ist die Person die unterschrieben hat verpflichtet diese Unterschrift einzuholen. Eine separate Behandlungseinwilligung mit Unterschrift ist ausreichend.
* Die Praxis benötigt für Kinder, die in einer Einrichtung untergebracht sind, eine Schweigepflichtsentbindung für die Einrichtung, sowie eine gesonderte Erlaubnis aus der hervorgeht das die Betreuer der Einrichtung die medizinische Fürsorge stellvertretend vornehmen dürfen.
* Auch für weitere Bezugspersonen (Lebensgefährten, Erzieher, Betreuer, Lehrer) die die Kinder in die Praxis begleiten, Rezepte abholen oder einen Austausch mit der Praxis vornehmen, ist eine Schweigepflichtsentbindung notwendig.
* Ich bin damit Einverstanden dass mir gegebenenfalls Unterlagen per E-Mail zu gesendet werden. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Zusendung von Daten nicht gesichert bzw. nicht verschlüsselt sind.

Wir bitten um Ihre Einwilligung.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ihr Praxisteam

S. Bsat Asklepiion

(Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -Psychotherapie)

Unterschrift Kindesmutter: Name in Druckbuchstaben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Kindesvater : Name in Druckbuchstaben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient ab Volljährigkeit : Name in Druckbuchstaben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Vormundes: Name in Druckbuchstaben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_