PRAXIS ASKLEPIION
SALAH Bsat und sein Team,
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Hohenzollerndamm 47A (Ärztehaus)
10713 Berlin
Tel: 030/86307270
Fax: 030/86307271
E-Mail: praxis@asklepiion.de

1. Datenschutz und Zusatzvereinbarung

Hiermit möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass jeder, der mit der Behandlung in der Praxis einverstanden ist, sich auch mit der Datenschutz und Zusatzvereinbarung einverstanden erklärt. Diese finden Sie als Aushang in der Praxis sowie auf unserer Homepage unter www.Asklepiion.de

2. Behandlungseinverständniserklärung

Hiermit bin ich / sind wir mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung meines / unseren Kindes in der o.g. Praxis einverstanden.

---------- ----------
Name, Vorname Geburtsdatum des Patienten

3. Information

Laut neuer Richtlinien von Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung dürfen im Rahmen der Kinderund jugendpsychiatrischen Behandlung/Betreuung keine Doppeluntersuchungen, bzw. keine parallelen Behandlungen erfolgen. Dies bedeutet für Sie, dass Sie uns schriftlich versichern müssen, dass Ihr Kind zur Zeit in keiner anderen Kinder- und jugendpsychiatrischen Institution betreut wird.

Erklärung

Hiermit versichern wir, dass unser Kind nicht zeitgleich in einer anderen Institution, wie z.B. in einem SPZ oder einer anderen Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis behandelt bzw. diagnostiziert wird.

4. Honorarausfallvereinbarung

Das Praxisteam ist berechtigt, alle reservierten Stunden, die vom Patienten oder dessen Sorgeberechtigten nicht **mindestens 48 Stunden** im Voraus abgesagt wurden , **unabhängig vom Grund der Verhinderung**, privat dem Patienten bzw. seinem Sorgeberechtigten als Ausfallhonorare in Rechnung zu stellen.
Weder die gesetzliche noch die private Krankenversicherung übernehmen diesen Honorarausfall.
Mithin zu entrichten sind als **Honorarausfall**: 60 €

5. Einwilligungen

- Einwilligung zur **Sendung von SMS** zur Terminerinnerung Ja **O** Nein **O** Kindesmutter O oder Kindesvater O Patient O
(Ausschließlich für Termine bei unseren psychologischen Mitarbeiterinnen).

- Einwilligung zum **Austausch per Mail** Ja O Nein O Kindesmutter O oder Kindesvater O Patient O
- Einwilligung zum **Austausch per Telefon** Ja O Nein O Kindesmutter O oder Kindesvater O Patient O
- Einwilligung zum **Austausch per Videochat** Ja O Nein O **(Nur in seltener Ausnahme)**

Die Videosprechstunde findet zwischen **Praxis Asklepiion** und dem **Patienten** statt.

Aufklärung: Die Teilnahme an Videosprechstunden ist grundsätzlich freiwillig. Die Praxis arbeitet mit einem von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierten Anbieter zusammen, der eine sichere Ende-zu-Ende Verschlüsselung vorhält. Der Videodienst Anbieter kann die Inhalte des Prozesses nicht einsehen und nicht speichern. Für eine vertrauensvolle Behandlung, Gewährleistung des Datenschutzes und Wahrung der Patientenrechte findet die Videosprechstunde in geschlossenen Räumen statt. Beide Teilnehmer sorgen für einen störungsfreien Verlauf und stellen sicher, dass niemand mithören kann. Aufzeichnungen jeglicher Art von Videobehandlungen ist weder von Ihnen, vom Therapeuten oder Anderen erlaubt. Für die Videobehandlung brauchen Sie einen PC/ Tablet/ Laptop mit einem aktuellen Betriebssystem und entsprechender aktueller Virensoftware, sowie eine entsprechende aktualisierte Firewall im Router Ihrer Telefonanlage. Zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt eine kurze Vorstellung und eine mündliche Aufklärung. Sie können dann etwaige Fragen noch klären.

Bei Änderungen, bitten wir Sie, uns umgehend zu informieren.
Ich bin / Wir sind über alle oben genannten Punkten 1,2,3,4 und 5 in Kenntnis gesetzt worden und erklären uns damit einverstanden.

Datum:_____

_____ _____
Unterschrift Kindesmutter: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift Kindesvater: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift Patient ab Volljährigkeit: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift des Vormundes: Name in Druckbuchstaben:

Mit freundlichen Grüßen
S. Bsat / Praxis Asklepiion