

Behandlungs- und Therapievereinbarung

Name des Kindes: _____ geb.: _____

Name der sorgeberechtigten Mutter: _____

Name des sorgeberechtigten Vaters: _____

Wir sind damit einverstanden, dass

- unsere Daten und die Daten unseres Kindes praxisintern **allen Mitarbeitern unserer Praxis** offengelegt werden, sofern dies der Diagnostik und der Behandlung dient. Wir sind darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit vertraglich verpflichtet sind.
- unsere Daten und die Befunde unseres Kindes im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der EU-Datenschutzverordnung (DSGVO) an Dritte, z.B. **Kostenträger, Haus- und Kinderärzten, sowie weiterbehandelnde Ärzte/ Psychotherapeuten** übermittelt werden dürfen.
- **bei Privatpatienten und Selbstzahlern** durch Kontobuchungen die VR-Bank Westmünsterland und das Steuerbüro Heßling von der Behandlung unseres Kindes erfahren. Die Bank und das Steuerbüro unterliegen ihrer berufsrechtlichen Schweigepflicht.
- bei Problemen mit der Hard- und/oder Software der Praxis, Patientendaten vom Kundendienst vor Ort oder im Rahmen einer Fernwartung von der **Firma Microplan** einsehbar werden. Die Firma Microplan ist eine hierfür legitimierte Firma und unterliegt der berufsrechtlichen Schweigepflicht.
- von uns gewünschte Stellungnahmen, Bescheinigungen oder Gutachten, nach vorheriger Rücksprache, von der Praxis in **Rechnung** gestellt werden dürfen.
- wir vereinbarte und damit **verbindliche Termine**, die wir nicht wahrnehmen können, spätestens **48 Stunden** vorher abzusagen.

Wir als Sorgeberechtigte sind mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Therapie unseres o. g. Kindes einverstanden und akzeptieren die o. g. Bedingungen. Uns ist bekannt, dass wir diese Vereinbarung jederzeit widerrufen können.

Borken, den _____

X _____
Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

X _____
Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

X _____
Unterschrift Patient/in ab 14 Jahren