



**Dr. med. Susanne Ahlbrecht**

Fachärztin für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie

Dr.med.Susanne Ahlbrecht  
Lange Str.12 | 31515 Wunstorf | Telefon: 05031 969899-0 Fax: 05031 969899-29

Praxisprechzeiten: Mo-Do: 08.00-18.00 Uhr  
Fr: 08.00- 12.00 Uhr

E-Mail: [praxis@dr-ahlbrecht.de](mailto:praxis@dr-ahlbrecht.de)  
Web: [www.dr-ahlbrecht.de](http://www.dr-ahlbrecht.de)

## Erstkontaktbogen

Liebe Eltern,

um die sozialpsychiatrische Versorgung Ihres Kindes zu ermöglichen, teilen Sie uns bitte mit, ob Ihr Kind bereits in einer Ambulanz, z. B. im Sozialpsychiatrischen Zentrum oder einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Ambulanz, eine Diagnostik erhielt oder behandelt wurde.

Nein, keine Behandlung/Diagnostik in diesem Quartal

Ja, eine Behandlung wurde im/in \_\_\_\_\_ durchgeführt.

### Kontaktdaten:

Kind (Name/Vorname): \_\_\_\_\_

Hauptversicherter (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Kinderarzt: \_\_\_\_\_

### Gesundheitszustand:

Liegt ein Pflegegrad oder eine Behinderung vor?: (  ) nein , (  ) ja, welche ?

\_\_\_\_\_

Sonstige z.B Krankheiten: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

(  ) Ich habe das alleinige Sorgerecht

(  ) Ich habe eine Vollmacht und darf allein entscheiden

(  ) Eltern haben gemeinsames Sorgerecht

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Elternteiles: \_\_\_\_\_



**Dr. med. Susanne Ahlbrecht**

Fachärztin für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie

## Absageregelung

Liebe Patienten,

wir möchten Sie noch auf unsere **Absageregelung** aufmerksam machen und bitten darum möglichst früh abzusagen.

Zurzeit bestehen bei uns für Erstkontakte, als auch für notwendige Folgetermine lange Wartezeiten.

Bei Einhaltung der Absageregelung können die freien Termine anderweitig vergeben werden. Hierzu ist es notwendig, dass der Termin (auch Gruppentermin) **spätestens am Vortag abgesagt** wird, entweder persönlich, per Telefon 05031 969899-0 oder per E-Mail : [praxis@dr-ahlbrecht.de](mailto:praxis@dr-ahlbrecht.de).

Falls die Absage **nicht** im vorgegebenen Zeitraum erfolgt, stellen wir Ihnen diesen mit 40 € in Rechnung.

Bitte beachten Sie, dass bei Doppelterminen auch das doppelte Ausfallhonorar in Höhe von 80 € berechnet wird. Bei Gruppentherapien beläuft sich das Ausfallhonorar weiterhin auf 25 €.

Das Ausfallhonorar sollte innerhalb von 7 Werktagen erfolgen. (per Überweisung auf unser Konto)

Wir behalten uns vor bei Nicht-Eingang der Zahlung Termine zu streichen.

Ich habe die o.g. Regelungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Elternteil: \_\_\_\_\_



# Dr. med. Susanne Ahlbrecht

Fachärztin für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie

Dr.med.Susanne Ahlbrecht  
Lange Str. 12 | 31515 Wunstorf | Telefon: 05031 963899-0 Fax: 05031 969899-29

Praxisprechzeiten: Mo-Do: 08.00-18.00Uhr  
Fr 08.00-12.00 Uhr

E-Mail: [praxis@dr-ahlbrecht.de](mailto:praxis@dr-ahlbrecht.de)  
Web: [www.dr-ahlbrecht.de](http://www.dr-ahlbrecht.de)

## Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis

Liebe Patienten, lieber Patient,

die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet uns dazu, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis personenbezogene Daten erhebt, speichert und weiterleitet. Da uns der Datenschutz am Herzen liegt, informieren wir Sie gerne darüber und auch über die Rechte, die Sie haben.

### 1. Zweck der Datenverarbeitung

Wir erheben und verarbeiten von Ihnen persönliche Daten wie Name, Geburtsdatum und Anschrift sowie gesundheitsbezogene Daten. Darunter fallen Anamnese (Anamnese = Vorgeschichte einer Erkrankung), Diagnosen, Therapieansätze und Therapien sowie Krankheitsbefunde und Laborwerte, die wir erheben.

Zusätzlich können uns von anderen Ärzten und/oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Gesundheitsdaten zur Verfügung gestellt werden (z.B. durch Arztbriefe), die wir in Ihrem Interesse anfordern, auch um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis.

Diese Daten benötigen wir, um Sie medizinisch verantwortungsvoll behandeln zu können.

Wir erheben, speichern und verarbeiten sie gemäß den gesetzlichen Vorgaben.

### 2. Verantwortlichkeit und Ansprechpartner

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Dr. med. Susanne Ahlbrecht

Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie

Tel: 05031 969899-0

### 3. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung oder aufgrund rechtlicher Vorgaben erforderlich ist. Patientendaten müssen aus rechtlichen Gründen nach Abschluss einer Behandlung noch 10 Jahre lang aufbewahrt werden; für manche Unterlagen gelten Aufbewahrungsfristen bis zu 30 Jahre (z.B. Dokumentationen zur Strahlentherapie).

Nach eigenem Ermessen bewahren wir auch andere medizinische Unterlagen 30 Jahre lang auf, um uns für den Fall eventueller Schmerzensgeldforderungen abzusichern.

Selbstverständlich tragen wir dafür Sorge, dass diese Daten gut gesichert und vor der Einsichtnahme durch Unbefugte geschützt sind.

**Bankverbindung:** Deutsche Apotheker- und Ärztebank **IBAN:** DE75 3006 0601 0109 6180 23 **BIC:** DAAEDEDXXX



**Dr. med. Susanne Ahlbrecht**

Fachärztin für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie

#### 4. Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte

Wir sind verpflichtet, personenbezogene Daten an Dritte wie Ihre Krankenkasse, den medizinischen Dienst Ihrer Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung weiterzuleiten. Dies dient der korrekten Abrechnung und anderen Zwecken, etwa wenn es um die Beantragung von Reha-Leistungen oder um die Klärung von versicherungsrechtlichen Fragen geht.

Wir geben Ihre Daten auch an andere Ärzte und Psychotherapeuten weiter, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn wir bestimmte Untersuchungen nicht selbst durchführen können ( z.B. Laboruntersuchungen in der Laborgemeinschaft oder im Fachlabor bzw. einem pathologischen Labor ). Bei Privatpatienten benötigen wir zusätzlich noch die Einwilligung für die Zusammenarbeit mit unserer privat ärztlichen Verrechnungsstelle, die das Rechnungswesen für uns übernimmt.

Die Weiterleitung an andere Ärzte und an Verrechnungsstellen Erfolg aber nur, wenn Sie uns schriftlich Ihre Einwilligung dazu geben ( s.u. ).

#### 5. Ihre Rechte in Bezug auf Ihre Daten

Sie haben das Recht, Ihre Patientenakte und die darin gespeicherten Daten einzusehen und können verlangen, dass wir ggf. falsche Daten korrigieren.

In den Fällen, in denen wir Ihre Daten nicht aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen an Dritte weitergeben ( etwa an eine privat ärztliche Abrechnungsstelle ) dürfen Sie eine einmal erteilte Einwilligung für die Zukunft widerrufen.

Bitte wenden Sie sich an uns, an unseren Datenschutzbeauftragte(n) oder an die zuständige Aufsichtsbehörde (= Landesbeauftragte/r für Datenschutz ), wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Ich habe diese Mitteilung gelesen und willige ein, dass meine Daten in den unter Punkt 4 genannten Fällen an Dritte weitergeleitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten:

---

---

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten



**Dr. med. Susanne Ahlbrecht**

Fachärztin für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie

Dr. med. Susanne Ahlbrecht Lange Straße 12 31515 Wunstorf  
Tel.: 05031 969 899-0 Fax: 05031 969 899-29

## Elektronische Patientenakte

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Bei Alter unter 15 Jährigen vertreten durch:

Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geb. Datum

-----  
Ich wurde ausführlich über die hohe Sensibilität der Daten aus der Behandlung in dieser Praxis informiert und darüber, dass das Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden dieser Daten besteht.

Das Gesetz räumt explizit die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Einrichtung einer ePA ein.

Daher haben sie **zwei** Möglichkeiten:

**Alternative 1:**



**Widerspruch gegen die Übermittlung und Speicherung der Daten.**

Wir stellen keinerlei Daten in die ePA!!

**Hinweis: Dieser Widerspruch kann jederzeit widerrufen werden.**

**Alternative 2:**

Wir haben sie auf die Möglichkeit des Widerspruchs hingewiesen. Sie stimmen aber dennoch der Gefahr und Risiken von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden dieser Daten in die ePA ihres Kindes zu. **Gleichzeitig entbinden Sie die Praxis und unsere Mitarbeiter von jeglicher Haftung durch Folgen der Nutzung der elektronischen Patientenakte.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bankverbindung:** Deutsche Apotheker- und Ärztebank **IBAN:** DE75 3006 0601 0109 6180 23 **BIC:** DAAEDEDXXX



**Dr. med. Susanne Ahlbrecht**

Fachärztin für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie