

MVZ Bielefeld am EvKB gGmbH
 Bereich Kinder- u. Jugendpsychiatrie
 Gadderbaumer Str. 41
 33602 Bielefeld
 Tel.: 0521/ 772-78405
 Fax: 0521/ 772-78382
 Mail: kjpp@mvz-bi.de



E. Dost, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Anmeldebogen

Patient:

Vorname des Kindes:	
Name:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Krankenkasse: <i>(bei Privatversicherten: Wer ist Hauptversicherter?) Im Falle einer Privatversicherung Seite 6 Beachten!</i>	
Telefonnummer:	

Angaben zur Familie:

Mutter:	Vor- und Nachname:		
	Geburtsjahr / Beruf:		
	Anschrift:		
	Telefon / Mail:		
Vater:	Vor- und Nachname:		
	Geburtsjahr / Beruf:		
	Anschrift:		
	Telefon / Mail:		
Verheiratet seit:			
<input type="checkbox"/> Getrennt seit:			
<input type="checkbox"/> Geschieden seit:			

Sorgerecht liegt bei: **Mutter** **Vater** _____

Wenn eine abweichende Sorgerechtssituation besteht, bitte begründen und ggf. Familiengerichtliches Urteil in Kopie beifügen.	
Kind lebt bei:	
Geschwister:	
Alter / Geschlecht der Geschwister:	

Kindergarten / Schulische Situation:

<input type="checkbox"/> Kindergarten	
<input type="checkbox"/> Schule	
Klasse:	
Schultyp:	
Wiederholungen:	
Empfehlung nach der 4.Klasse:	
Schulische Leistungen:	
Besonderheiten:	

Vorstellungsgründe:

Was sind die aktuellen Gründe der Vorstellung? Welches Verhalten oder welche körperliche Beschwerden zeigt Ihr Kind?

Hilfen:

Bitte ankreuzen und Ansprechpartner benennen.		
<input type="checkbox"/> Jugendamt	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Sozialamt	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Schule	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Kinderarzt	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Sonstige	Ansprechpartner:	
Welche Empfehlungen haben Sie erhalten? Mit welchem Erfolg?		

Vorbehandlungen Psychiater:

Bitte ankreuzen und Zeitraum benennen.		
<input type="checkbox"/> SPZ	Zeitraum:	
<input type="checkbox"/> Psychiater	Zeitraum:	
<input type="checkbox"/> Psychologen	Zeitraum:	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	Zeitraum:	
<input type="checkbox"/> KJP Klinik	Zeitraum:	
<input type="checkbox"/> Sonstige	Zeitraum:	
Welche Empfehlungen haben Sie erhalten? Mit welchem Erfolg?		

Ihr Auftrag an uns:

Welche Wünsche oder Vorstellungen haben Sie an uns,
wie wir Sie unterstützen können?

Die Unterschriften aller Sorgeberechtigten sind zwingend erforderlich!

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name und Name des Kindes/Jugendlichen

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis

des **Medizinisches Versorgungszentrum Bielefeld am EvKB gGmbH** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Behandlungsvertrag

(NUR für Privatversicherte und Selbstzahler)

Zwischen

MVZ Kinder- u. Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
Gadderbaumerstr. 41
33602 Bielefeld

Und:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Versicherungsträger:	
Rechnungsempfänger (ggf. abweichende Wohnadresse):	

wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

1. Das MVZ erbringt im Auftrag des Patienten privatärztliche Behandlungen durch die Ärzte des MVZ oder durch einen beauftragten Vertreter.
2. Eine Honorarabrechnung der Privatärztlichen Leistung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung unter Berücksichtigung von Empfehlungen der Bundesärztekammer, der zuständigen Landesärztekammer und von Entscheidungen der Rechtsprechung zur Abrechnung. Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich vorab nicht sagen. Es kommt darauf an, welche Leistungen während der Behandlung erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad diese haben und welchen Zeitaufwand sie erfordern.
3. Das MVZ ist berechtigt, zur Klärung der Diagnose oder zur Behandlung weiterer Fachärzte oder sonstige Leistungserbringer hinzuzuziehen, wenn dies medizinisch notwendig ist (§ 4 Abs. 5 GOÄ). Diese werden gegenüber dem Patienten, die von ihnen erbrachten privatärztlichen Leistungen nach Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen.
4. Der Patient verpflichtet sich, das berechnete Honorar und Kosten vollständig in Höhe des Rechnungsbetrages unabhängig von den Erstattungsansprüchen gegenüber einer Krankenversicherung und sonstiger Kostenträger selbst zu tragen. Diese Verpflichtung wird zur persönlichen Schuld eingegangen.
5. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig.
6. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft gekündigt werden.
7. Mit Unterschrift wird bestätigt, über Inhalt und Bedeutung der privatärztlichen Behandlung aufgeklärt worden zu sein und die Informationen zum Datenschutz (DSGVO) zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum
Patient

Unterschrift