

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Eltern,

Bitte lesen Sie dieses Informationsschreiben vor dem Ausfüllen des Anmeldebogens gründlich durch.

Eine Anmeldung bei uns ist nur dann möglich, wenn *alle* Sorgeberechtigten damit einverstanden sind und uns dies mit ihren Unterschriften bestätigen.

Wenn Sie das alleinige Sorgerecht haben, benötigen wir hierzu eine schriftliche Bestätigung.

Pflegefamilien vermerken dies bitte auf dem Anmeldebogen und lassen den Anmeldebogen von den Sorgeberechtigten unterschreiben.

Eine Fremdanmeldung über Ämter, Sozialhilfe, Schulen oder ähnliches ist nur möglich, wenn eine passende Schweigepflichtentbindung zwischen uns und dem Anmeldenden vorliegt. Ein entsprechendes Formular finden Sie aus unserer Internetseite.

Wir führen unsere Behandlungen in deutscher Sprache durch. Sollten Sie auf einen Dolmetscher angewiesen sein, organisieren Sie dies bitte selbstständig und rechtzeitig.

Erstgespräche finden grundsätzlich mit dem Patienten/der Patientin und mindestens einem Sorgeberechtigten statt. Nur in sehr seltenen gut begründeten Ausnahmefällen weichen wir davon ab. Sollte es nicht einzurichten sein, dass sowohl Patient als auch mindestens ein Sorgeberechtigter an dem Termin teilnehmen, nehmen Sie rechtzeitig vorher mit uns Kontakt auf, um eine individuelle Lösung zu besprechen.

Bitte erscheinen Sie stets etwa 10-15 Minuten *vor* Terminbeginn, damit die Termine rechtzeitig starten können. Bei zu großer Verspätung behalten wir uns vor, den Termin zu verschieben.

Bitte bringen Sie uns wichtige Unterlagen bereits in Kopie mit. Wir fertigen hier keine Kopien an.

Senden Sie uns den vollständig ausgefüllten Anmeldebogen postalisch oder auch gerne per E-Mail (kjpp@mvz-bi.de) zurück, Sie erhalten in der Regel binnen 2 Wochen eine Rückmeldung, ob und wann wir Ihnen behilflich sein können.



Medizinisches Versorgungszentrum
Bielefeld am EvKB
Kinder- und Jugendpsychiatrie

Gadderbaumer Straße 41
33602 Bielefeld

Tel: 0521 772-78405
Fax: 0521 772-78382
E-Mail kjpp@mvz-bi.de
Internet mvz-bi.de

Anmeldebogen

Patient(Kind):

Vorname des Kindes:	
Nachname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Krankenkasse: (bei Privatversicherten: <i>Wer ist Hauptversicherter?</i>) Privatversicherte: Seite 6 beachten!	

Angaben zu den Eltern:

Mutter:	Vor- und Nachname:		
	Geburtsjahr / Beruf:		
	Anschrift:		
	Telefon / Mail:		
Vater:	Vor- und Nachname:		
	Geburtsjahr / Beruf:		
	Anschrift:		
	Telefon / Mail:		
Kind lebt bei?			
Alter / Geschlecht der Geschwister:			
Eltern verheiratet seit:			
☐ Getrennt seit: _____ ☐ Geschieden seit: _____			

Sorgerecht liegt bei: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

Wenn eine abweichende Sorgerechtsituation besteht, bitte begründen und Belege in Kopie beifügen.!

Kindergarten / Schulische Situation:

☐ Kindergarten	
☐ Schule	
Klasse:	
Schultyp:	
Wiederholungen:	
Empfehlung nach der 4.Klasse:	
Schulische Leistungen:	
Besonderheiten:	

Vorstellungsgründe:

Was sind die aktuellen Gründe der Vorstellung? Bitte beschreiben Sie die Symptomatik, wegen der Sie uns kontaktieren:

Bisherige Hilfen/Ansprechpartner:

Bitte ankreuzen und Ansprechpartner benennen.

*Dies ist **keine** Schweigepflichtentbindung sondern dient lediglich unserer Information.*

☐ Jugendamt	Ansprechpartner:	
☐ Sozialamt	Ansprechpartner:	
☐ Schule	Ansprechpartner:	
☐ Gesundheitsamt	Ansprechpartner:	
☐ Kinderarzt	Ansprechpartner:	
☐ Sonstige	Ansprechpartner:	

Welche Empfehlungen haben Sie erhalten?
Mit welchem Erfolg?

Vorbehandlungen Therapeutisch/Psychiatrisch:

Bitte ankreuzen und Zeitraum benennen.

☐ SPZ	Zeitraum:	
☐ Psychiater	Zeitraum:	
☐ Psychologen	Zeitraum:	
☐ Psychotherapie	Zeitraum:	
☐ KJP Klinik	Zeitraum:	
☐ 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?
Bitte beschreiben Sie, was Sie sich von einer Vorstellung bei uns erhoffen.

Die Unterschriften **aller Sorgeberechtigten sind zwingend erforderlich!**

Name: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Name: _____

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 (Hauptversichert!):	
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

Unterschrift Patient