

**Vereinbarung**

zwischen den Sorgeberechtigten, Bezugspersonen oder der/dem Patient\*in und der Praxis Dr. Arne Schmidt

für die/den Patienten/Patientin: ..... geb. am: .....

Name der Bezugsperson oder des/der Sorgeberechtigten.....

ggf. abweichende Anschrift:.....

Wir arbeiten nach dem Bestellsystem, d.h. wir vergeben ausschließlich feste Termine, die wir für Ihr Kind und Sie verbindlich frei halten. Es handelt sich meist um lange Termine von 30 bis 120 Minuten Dauer, auf die viele andere Familien warten. Wenn Sie nicht erscheinen, können wir unsere Arbeitszeit nicht mit der Krankenkasse abrechnen. Wir bitten Sie daher als die unterzeichnenden Sorgeberechtigten bzw. Bezugspersonen des o. g. Kindes, die Verantwortung dafür zu übernehmen, dass vereinbarte Termine in der Praxis grundsätzlich eingehalten oder spätestens 48 Stunden bzw. zwei Werkstage zuvor zu den Praxissprechzeiten abgesagt werden.

Bei späterer Absage oder Nichterscheinen (Versäumen des Termins) erklären Sie sich damit einverstanden, eine Ausfallgebühr

- **von 50,00 EUR pro Termin (GOÄ Ziffer 886, reduzierter 1,22 facher Satz) bei Gesprächsterminen mit einem Arzt**
- **von 25,16 EUR pro Termin (GOÄ Ziffer 719, reduzierter 1,72 facher Satz) bei Terminen zur Testung oder Therapie bei einer unserer Therapeutinnen/Therapeuten bzw. 50,00 EUR (GOÄ- Ziffer 886, 1,22 facher Satz) bei geplantem Termin von mehr als 45 Min. Dauer**
- **von 20,00 EUR pro Termin (GOÄ Ziffer 887, reduzierter 1,71facher Satz) bei Terminen zu einer Therapiegruppe**

zu zahlen. Der Grund für den Ausfall spielt hierbei keine Rolle (Urteil des BGH vom 12.5.2022).

Die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim oder eine ihrer Filialen wird die Abrechnung der Ausfallgebühr vornehmen, die Rechnung erstellen und Ihre Zahlung entgegennehmen. Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt. Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS steht Ihnen als Ansprechpartnerin in allen Fragen (auch zum Datenschutz) zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungstage, berechnete Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

Weiter geben Sie Ihr Einverständnis, dass die Mitarbeiter\*innen der Praxis bzw. ein externer Dienstleister (z.B. Jameda oder die CGM Gruppe) Sie per E-Mail, Telefon, SMS oder Post kontaktieren dürfen, z.B. zum Zwecke der Terminbestätigung.

Wir bitten auch um Ihr Einverständnis, dass die Ärzt\*innen der Praxis evtl. erforderliche Schreibarbeiten für Befundberichte durch ein externes Schreibbüro durchführen lassen und geben ihnen die Erlaubnis, alle dafür erforderlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Anamnese, Diagnose und Befunde lt. Diktat) dorthin zu übermitteln.

Als gesetzlich Versicherte erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Ihr Kind (bzw. bei Erwachsenen: Sie selbst) nicht zeitgleich (also nicht im selben Quartal) in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) an einer Klinik in Behandlung sind, da die Krankenkassen dann die Kosten der Behandlung bei uns größtenteils nicht übernehmen.

Die Praxis unterliegt, wie alle Arztpraxen, den geltenden Datenschutzbestimmungen und Dokumentationsverpflichtungen. Unsere Datenschutzhinweise haben Sie mit dem Anmeldefragebogen erhalten und finden Sie umseitig. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie sie zur Kenntnis genommen haben.

**O.g. Regelungen habe ich/haben wir gelesen, verstanden und bin/sind mit ihnen einverstanden:**

**Datum:**.....

**Unterschrift** der Sorgeberechtigten

Unterschrift and. Bezugsperson

Unterschrift der/des Pat. (ab 18J.)

## **Merkblatt zum Datenschutz gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung von Daten in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie- bitte abtrennen**

Liebe Patientinnen, Patientinnen und Angehörige,  
hiermit informieren wir Sie aufgrund gesetzlicher Bestimmungen über die Verarbeitung Ihrer Daten in unserer Praxis.

### **1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Dr. Arne Schmidt, Westender Weg 83c, 58313 Herdecke, Tel. 02330/65713-0

Die Benennung eines/einer Datenschutzbeauftragten entfällt (Kleinbetrieb unter 20 Mitarbeiter\*innen).

### **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Damit wir Sie behandeln können, müssen wir eine Patientenakte anlegen und damit personenbezogene Daten (Stammdaten und Gesundheitsdaten) von Ihnen verarbeiten. Das schreibt nicht nur das Gesetz vor, sondern es ist für die Behandlungsqualität unabdingbar. Zu den vom Gesetz besonders geschützten Gesundheitsdaten gehören beispielsweise von uns und anderen Ärzten erhobene Befunde, Anamnesen, Diagnosen und Therapievorschläge.

Über die zugrundeliegenden Rechtsgrundlagen informieren wir Sie auf Anfrage gern.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Soweit Sie eingewilligt haben, können wir Ihre Daten auch zu bestimmten anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z. B. Praxismailings, Informationen, Terminerinnerung, die Sie betreffen.

### **3. Empfänger Ihrer Daten**

Im Rahmen der Behandlung kann es sein, dass wir mit anderen Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir auch Daten von Ihnen übermitteln müssen. Dazu gehören beispielsweise auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (etwa Blutwerte) erstellen zu lassen, die wir für die Behandlung und Diagnose benötigen. Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern. Im Einzelfall übermitteln wir die Daten – mit Ihrem Einverständnis – an weitere berechtigte Empfänger, z.B. Privatärztliche Verrechnungsstellen oder externe Schreibtüräume.

### **4. Ihre Rechte**

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu,

- Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten,
- unrichtige Daten berichtigen zu lassen,
- unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen,

*Hinweis: Ihre Patientenakte wird von uns nur solange aufbewahrt, wie es für die Behandlung erforderlich ist und es den gesetzlichen Vorschriften entspricht.*

- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen,
- Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.

Soweit Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben, haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Wir weisen darauf hin, dass damit gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

Sie haben das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen  
Kavalleriestr. 2 - 4  
40213 Düsseldorf  
Tel.: 0211/38424-0  
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de