Dr. med. Andreas Beck

Hilpoltsteiner Straße 37 · 91154 Roth
Telefon 09171-8575688 · Telefax 09171-8575689
info@kjp-beck.de · www.kjp-beck.de

Behandlungsvereinbarungen und Information zur Datenerfassung

Patientin / Patient
Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum
_____

Behandlung und Terminvereinbarungen

Es wird zugesichert, dass derzeit keine laufende Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren, psychiatrischen Institutsambulanzen, anderen SPV-Einrichtungen oder KJP-Praxen wahrgenommen wird.

Um unnötige Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir darum, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Für Terminversäumnisse ohne rechtzeitige Absage per Telefon oder E-Mail und ohne akuten Grund seitens der Patientinnen und Patienten wird einem Ausfallshonorar zzgl. MwSt. zugestimmt. Bei gesetzlich Versicherten beträgt dieses 60,– EUR, bei Privatversicherten mindestens 50 % gemäß GOÄ je nach geplantem Termin.

Dies gilt auch für nicht abgesagte bzw. nicht wahrgenommene Erstkontakte.

Bei Selbstzahlern, Privatversicherten oder Wunschleistungen wird zugestimmt, dass die anfallenden Kosten vollständig übernommen werden, falls die Versicherung einzelne Leistungen nicht oder nur in Teilen übernimmt.

Änderungen der Kontakt-, Versicherungs- oder relevanter Angaben werden umgehend selbstständig mitgeteilt.

Datenschutz und elektronische Kontaktaufnahme

Mit dem Beginn der Behandlung in der Praxis unterliegen alle Ihre Daten den Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und werden nur zum Zweck der Behandlung erfasst und entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen verarbeitet.

Um mit Ihnen per Telefon und E-Mail in Kontakt treten zu können, möchten wir Ihre Daten in elektronischer Form erfassen und benötigen dazu Ihre gesonderte Einwilligung. Es ist bekannt, dass der Datenschutz im Internet und bei digitalen Medien nicht immer sicher gewährleistet werden kann. Das Einverständnis kann für die Zukunft widerrufen werden.

Für weitergehende Informationen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne unsere Informationsbroschüre „Datenschutz – Wir achten Ihre Rechte“ zur Verfügung. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch.

Ich / Wir sind einverstanden mit der Speicherung meiner / unserer (bitte ankreuzen):

☐ Telefonnummern

☐ E-Mail-Adresse

Roth, _____
Datum

_____
Unterschriften Sorgeberechtigte(r) und Patient/in (ab 14 J.)