

Dr. med. Sabine Schenkl
Dr. med. Marlena Jäger
Praxis für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie (BAG)



Graf-Eberstein-Str. 2A
76199 Karlsruhe
Tel: 0721 / 59842 2540
Fax: 0721 / 59842 2549
info@praxis-schenkl-jaeger.de
www.praxis-schenkl-jaeger.de

Behandlungseinwilligung
Zustimmung zur Übermittlung von Patientendaten durch den Facharzt
nach § 73 Abs. 1b SGB V
Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei einer
Videosprechstunde

Hiermit erkläre ich mich mit einer Untersuchung /Behandlung von

Name, Vorname des Patienten / der Patientin

in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik von
Fr. Dr. med. Schenkl und Frau Dr. med. Jäger (Fachärztinnen) einverstanden.

- ☐ Ich erkläre, dass für mein o.g. Kind, derzeit keine laufende Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum, einer psychiatrischen Institutsambulanz oder in einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung stattfindet (Erklärung zur Sozialpsychiatrieverordnung).
- ☐ Ich habe das alleinige Sorgerecht.
- ☐ Meine Behandlungsdaten und Befunde sollen an meinen Hausarzt zum Zweck der beim Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und meiner weiteren Behandlung übermittelt werden.
- ☐ Die **Videosprechstunde** mit der Praxis Dr. med. Sabine Schenkl unter den mir bekannt gemachten Nutzungsbedingungen (siehe Information von CLICKDOC VIDEOSPRECHSTUNDE) durchführen zu wollen.

Ich kann diese Zustimmungen jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

- ☐ Wir möchten Sie bitten, die Versichertenkarte zu Beginn der Behandlung bzw. am Anfang eines neuen Quartals abzugeben oder baldmöglichst nachzureichen. Sollte uns zum Ende des betreffenden Quartals weder Versichertenkarte noch Überweisungsschein vorliegen, erhalten Sie für die Behandlung eine Privatrechnung.
- ☐ Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen so rechtzeitig abzusagen, dass wir ihn noch anders belegen können (mindestens aber 24 Stunden vorher). Andernfalls müssen wir den ausgefallenen Termin privat in Rechnung stellen. Die Ausfallgebühr beträgt 50,00 Euro.
- ☐ Bei Privatversicherten Patienten erfolgt bei der GOÄ-Abrechnung eine Faktorsteigerung bis zum 3,5-fachen Satz.

Name der/des Sorgeberechtigten:

Datum und Unterschrift:

.....
Name der/des Sorgeberechtigten:

.....
Datum und Unterschrift:

.....
Falls zutreffend: Name des gesetzl. Vertreters:

.....
Datum und Unterschrift: