**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **geb. am** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung**

zugunsten von Ärzten / Psychologen / Psychologischen Psychotherapeuten / Therapeuten / Kliniken / Gutachtern

Ich bin damit einverstanden, dass die Institutsambulanz des IVPM der Schön Klinik Bad Bramstedt SE & Co. KG, Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt, die mich betreffende Dokumentation über meine Behandlung, insbesondere Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen und Therapien an meinen Hausarzt, den einweisenden Arzt, den weiterbehandelnden Arzt bzw. an die anderen unten genannten Ärzte/Psychologen/Psychologischen Psycho­therapeuten/Therapeuten/Kliniken/Gutachtern zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandung übermittelt bzw. dass die Institutsambulanz der Schön Klinik Bad Bramstedt die bei meinem Hausarzt, meinem einweisenden Arzt bzw. dem vorbehandelnden Psychologen/Psychologischen Psychotherapeuten/Therapeuten oder der vorbehandelnden Klinik vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, Diagnosen und Therapien soweit diese für meine ambulante Verhaltenstherapie erforderlich sind, anfordern kann. Die Institutsambulanz der Schön Klinik Bad Bramstedt wird die Daten nur für die ambulante Verhaltenstherapie verarbeiten und nutzen.

|  |
| --- |
|  |

ich stimme zu

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

ja, aber **nicht** an / von Hausarzt

|  |
| --- |
|  |

Einweisender Arzt

|  |
| --- |
|  |

Vorbehandelnden Psychologen/Psychologischen Psychotherapeuten/Therapeuten/Gutachter

|  |
| --- |
|  |

Weiterbehandelnden Arzt / Klinik

|  |
| --- |
|  |

Vorbehandelnde Klinik

**Falls Sie hiermit einverstanden sind, dürfen wir Sie bitten, uns Namen und Adressen Ihrer Ärzte / Psychologen / Psychologischen Psychotherapeuten / Therapeuten und Kliniken anzugeben** (bitte schreiben Sie leserlich und geben Sie nur diejenigen Ärzte/Therapeuten/Kliniken an, denen Ihre Behandlungsdaten weitergeleitet bzw. von denen Daten angefordert werden sollen/dürfen):

Hausarzt (Name und Anschrift) zum Zwecke der zentralen Dokumentation und Weiterbehandlung (§ 73 Abs.1b SGB V):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weiterbehandelnder Arzt / Klinik (Name und Anschrift):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorbehandelnde Klinik (Name und Anschrift):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstige Ärzte / Psychologen / Psychologische Psychotherapeuten / Therapeuten / Kliniken (Name und Anschrift):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung:**

Ich habe die vorstehenden Möglichkeiten freiwillig angekreuzt, bin mit deren Durchführung einverstanden und entbinde die Institutsambulanz der Schön Klinik Bad Bramstedt diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift Patient / Patientin

**Einverständniserklärung zur Abrechnung der Leistungen von Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG**

**Hinweis zum Datenschutz:**

Ihre Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und dazugehörige Diagnosen) werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben für die Abrechnung mit Ihrer Krankenversicherung an unseren Dienstleister, die Ärztegenossenschaft Nord eG und **ab 01.07.2024 an die PVS pria GmbH, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim an der Ruhr**, weitergeleitet. Die Mitarbeitenden der Abrechnungsstelle unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

**Ihr Einverständnis:**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten der beauftragten externen Abrechnungsstelle zum Zwecke der Abrechnung übermittelt werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift Patient / Patientin

**Einverständniserklärung Notfallkontakt**

**Hinweis zum Datenschutz:**

In einzelnen Notfällen ist es sinnvoll, Notfallkontakte von nahestehenden Personen vorzuhalten. Die personenbezogenen Daten werden ausschließlich im Falle eines Notfalls verwendet. Die Angabe des Notfallkontakts ist freiwillig. Eine Nichtangabe von Notfallkontakten hat keine negative Auswirkung auf die Teilnahme.

**Ihr Einverständnis:**

Hiermit willige ich ein, in dringenden Fällen die unten angegebene Person, im Sinne der oben beschriebenen Ermächtigung kontaktieren bzw. informieren zu dürfen.

Notfallkontakt (Name und Anschrift):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift Patient / Patientin

**Widerrufsbelehrung:**

Vorstehende Einwilligungserklärungen und Entbindungen von der Schweigepflicht können, auch einzeln, jederzeit der Institutsambulanz (IVPM) der Schön Klinik Bad Bramstedt ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Der Widerruf hat keine Auswirkungen auf die Behandlung und gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen erklären. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverwendung an/durch die genannten Leistungserbringer statt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift Patient / Patientin