

Sehr geehrte/r Patient/in, Sehr geehrte/r Klient/in,

wir freuen uns, Sie bald im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen begrüßen zu dürfen. Für die Anmeldung zu einem unserer Kursangebote müssen Sie uns das beiliegende Starter-Paket (Patienteninformation & Behandlungsvertrag) per E-Mail an *info@mvz-pk.de* zukommen lassen.

Mit unserem beigefügten Screening-Bogen möchten wir Sie bereits vor Kursbeginn kennenlernen, um unser Angebot besser auf Sie anpassen zu können. Das Ausfüllen des Screening-Bogens ist freiwillig.

Zum digitalen Ausfüllen des Starterpakets benötigen Sie ggf. ein PDF-Bearbeitungsprogramm. Sollte es Ihnen aus technischen Gründen nicht möglich sein, das Starter-Paket digital auszufüllen, können Sie alternativ das ausgedruckte und ausgefüllte Starter-Paket zu Ihrem ersten Termin mitbringen.

Bei Fragen können Sie sich gern an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr MVZ-Team

Behandlungsvertrag

A) ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte/r Patient/in, Sehr geehrte/r Klient/in,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen
Irina Peters
Schrockstraße 25
14165 Berlin

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte/Ärztinnen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte/Ärztinnen oder PsychotherapeutInnen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Ärztinnen / PsychotherapeutInnen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. Umgang mit Ihren Daten in der internen/interdisziplinären Zusammenarbeit

Der/die Unterzeichnende erklärt sich mit der Unterschrift ausdrücklich bereit, die Schweigepflicht gemäß §203 StGB und anderen relevanten Vorschriften der Datenschutzgesetze gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MVZ Peters und Kollegen im Rahmen der internen Zusammenarbeit zu entbinden, soweit dies für die ordnungsgemäße Durchführung der medizinischen Behandlung, der Betreuung oder anderer Dienstleistungen erforderlich ist.

6. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der

Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
Postfach 31 09 29
10639 Berlin
Tel.: (030) 90229-0

7. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

B) ZUM MVZ-BESUCH

Sie können uns hiermit die Erlaubnis erteilen, dass Ihr Kind selbstständig nach einem Termin die Praxis verlassen darf.

Darf ihr Kind die Praxis allein verlassen?

- JA
- NEIN

Der/die Patient*in verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens **24 Stunden vorher** abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem/der Patienten/in **50% von dem/der Psychotherapeuten*in zustehendes Honorar in Rechnung gestellt**. Dieses Ausfallhonorar hat der/die Patient*in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

Ich habe alle Informationen zum Datenschutz und zum Besuch des MVZs zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den genannten Bedingungen einverstanden.

Berlin, den _____

Unterschrift _____
Patient:in/ Klient:in

ggf. Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte/r

Präventions- und Heilbehandlung

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer Präventions- und Heilbehandlung wird zwischen der **MVZ Peters und Kollegen GmbH** und

Frau/Herr _____ geb. am: _____
Wohnort _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
ggf. Sorgeberechtigte/r mit Anschrift _____ _____

die Durchführung folgender Präventions- und Heilbehandlung vereinbart:

Behandlung	Dauer	Preis
<input type="checkbox"/> Paartherapie	50 / 90 Min.	153 / 275 €
<input type="checkbox"/> Psychologisches Coaching	50 Min.	153 €
<input type="checkbox"/> Präventionskurs Nr. _____	6 Sitzungen à 90 Min.	375 €
<input type="checkbox"/> Supervision (Einzel)	50 Min.	153 €
<input type="checkbox"/> Supervision (Gruppe)	90 Min.	auf Nachfrage
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass:

- die von mir gewünschte Leistung nicht mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden kann.
- ich für die von mir gewünschte Leistung auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung dieser Leistung gegenüber meiner Krankenkasse habe.
- Ich bin bereit, die private Rechnung für die von mir gewünschte Leistung zu bezahlen.

_____ Ort	_____ Datum
_____ Unterschrift Patient:in/Klient:in Sorgeberechtig:er	_____ Unterschrift Psychotherapeut:in

SCREENING-BOGEN

DATUM:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAME: _____ ggf. GEBURTSNAME: _____

VORNAME: _____ GEBURTSDATUM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Derzeitige Lebenssituation

01 Geschlecht	
01	<input type="radio"/> männlich
02	<input type="radio"/> weiblich
03	<input type="radio"/> divers

02 Familienstand			
01	<input type="radio"/> ledig	04	<input type="radio"/> feste Partnerschaft seit _____ (Jahr)
02	<input type="radio"/> verheiratet seit _____ (Jahr)	05	<input type="radio"/> geschieden seit _____ (Jahr)
03	<input type="radio"/> verwitwet seit _____ (Jahr)		

03 Kinder	
01	<input type="radio"/> Ich habe keine Kinder.
02	<input type="radio"/> Ich habe Kinder: _____ (Anzahl); Alter der Kinder: _____

04 Beruf	
01 Erlerner Beruf:	
02 Derzeitige bzw. zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit:	

Aktuelle Themen

13 Bitte schildern Sie Ihre aktuellen persönlichen Themen, die evtl. ein Grund für die Teilnahme an unserem Kursangebot sind oder die Sie aktuell belasten.

Themen:

14 Wie stark fühlen Sie sich zurzeit insgesamt durch die genannten Themen belastet?

01 gar nicht 02 wenig 03 mittelmäßig 04 stark 05 sehr stark

15 In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich derzeit belastet? (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|--|---|
| 01 <input type="radio"/> Paarbeziehung | 05 <input type="radio"/> allgemeiner Bewegungsspielraum |
| 02 <input type="radio"/> Familiensituation | 06 <input type="radio"/> körperliche Gesundheit |
| 03 <input type="radio"/> Berufsausübung | 07 <input type="radio"/> Freizeitbereich |
| 04 <input type="radio"/> finanzielle Situation | 08 <input type="radio"/> Kontakt zu anderen Menschen |
| 09 <input type="radio"/> sonstige Bereiche: | |

16 Was ist Ihr Wunsch/Was sind Ihre Erwartungen an die Kursteilnahme?

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!