

# C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26  
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50  
Fax: 0221 – 16 99 60 49

[info@ostermann-praxis.de](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://www.ostermann-praxis.de)

---

## Einverständniserklärung

Hiermit stimmen wir als Sorgeberechtigte / Vormund von

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

- zu, dass unser Kind / Mündel zum Zweck der Gesprächsführung, Diagnostik, Therapieplanung und Behandlung in o.g. Praxis vorgestellt wird.
- zu, dass ggfs. auch Lebensgefährten / -innen, bei den Gesprächen mit anwesend sein dürfen, oder diese im Auftrag führen dürfen.

(nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte(r)  
(Name in Druckbuchstaben/ Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte(r)  
(Name in Druckbuchstaben/ Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
Vormund  
(Name in Druckbuchstaben/ Unterschrift)

**(Bestellungsurkunde in Kopie beigelegt)**

# C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26  
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50  
Fax: 0221 – 16 99 60 49

[info@ostermann-praxis.de](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://www.ostermann-praxis.de)

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Hiermit willige(n) ich/ wir,

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

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

ein, dass die personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) meines/unseres Sohnes, meiner/unserer Tochter, des Mündels, oder meine (ab 18. Lebensjahr)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Geb. Datum)

über die Behandlung bei C.-H. Ostermann, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Möhlstraße 26, 51069 Köln, und dessen Mitarbeiterinnen  
**(zutreffendes bitte unterstreichen)**

**C.-H. Ostermann**

**T. Meusel**

**J. Reber**

**C.-A. Wiedemann**

weitergegeben werden dürfen.

von diesen über meine Behandlung dort **im erforderlichen Umfang eingeholt** werden dürfen.

### **Nachfolgend sollen die Austauschpartner NAMENTLICH genannt werden:**

die/den einweisende(n) Ärztin/Arzt (Name/Anschrift)

weitere Ärzte / Therapeuten (Name/Anschrift)

Schule (Name/Anschrift)

Kindergarten (Name/Anschrift)

Vor- und weiterbehandelnde Institutionen (Name/Anschrift)

Jugendamt (Name/Anschrift)

Sonstige (Name/Anschrift)

Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder in Teilen, formlos widerrufen werden. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten

# C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26  
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50  
Fax: 0221 – 16 99 60 49

[info@ostermann-praxis.de](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://www.ostermann-praxis.de)

---

## PATIENTEN - MERKBLATT ZUM DATENSCHUTZ (DSGVO)

Liebe Eltern, Sorgeberechtigte und Kinder,

der Schutz der personenbezogenen Daten Ihres Kindes ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (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 in puncto Datenschutz haben.

### 1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung: Cord-Henrich Ostermann

Praxisname: Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Cord-Henrich Ostermann

Adresse: Möhlstraße 26, 51069 Köln

Kontaktdaten: Tel.: 0221 – 16 99 60 50

E-Mail: [info@ostermann-praxis.de](mailto:info@ostermann-praxis.de)

(Sie erreichen den zuständigen Datenbeauftragten unter: siehe oben)

### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen/Ihrem Kind, dem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir die personenbezogenen Daten, insbesondere die Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte/Therapeuten erheben.

Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Ihr Kind in Behandlung ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3. Empfänger der Daten

Wir übermitteln die personenbezogenen Daten Ihres Kindes nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger personenbezogener Daten Ihres Kindes können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihrem Kind 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 der Daten**

Wir bewahren die personenbezogenen Daten nur so lange 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. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben (z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut §28 Absatz 3 der Röntgenverordnung).

#### 5. **Ihre Rechte**

Sie haben das Recht, über die Ihr Kind 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 der 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 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:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen  
Postfach 20 04 44  
40102 Düsseldorf  
Telefon: 0211/38424-0                      Telefax: 0211/38424-999  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)                      Homepage: <http://ldi.nrw.de>

#### 6. **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 noch weitere Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Cord-Henrich Ostermann

# C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26  
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50  
Fax: 0221 – 16 99 60 49

[info@ostermann-praxis.de](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://www.ostermann-praxis.de)

## ERHALT DES PATIENTENMERKBLATT ZUM DATENSCHUTZ UND WEITERE DATENSCHUTZBESTIMMUNGEN

Liebe Eltern, Sorgeberechtigte und Kinder,

der Schutz der Daten Ihres Kindes ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses dürfen wir die Daten Ihres Kindes erheben und verarbeiten. Hierzu ist ein Merkblatt zum Datenschutz an Sie ausgehändigt worden.

- zu dem Merkblatt habe ich keine weiteren Fragen.
- mir ist bekannt, dass ich das aktuelle Merkblatt jederzeit in der Praxis einsehen kann und eventuell auftretende Fragen stellen kann.

Hiermit bestätige ich den Erhalt des Merkblattes zum Datenschutz für unseren Sohn/ unserer Tochter/ des Mündels,

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten

Hinsichtlich der Sicherheit der Verarbeitung insbesondere in Bezug auf Vertraulichkeit und Integrität der Daten (Artikel 32 DSGVO) bitten wir darum, dass Sie die im folgenden aufgeführten Punkte

- Verbot von Video- und Tonaufnahmen der Diagnostikbehandlungen und Therapiesitzungen
- das Verbot der Nutzung von unverschlüsseltem E-Mail-Verkehr (Ausnahme sind z.B. Terminabsprachen ohne Hinweis auf eine psychotherapeutische Behandlung mit neutralem Betreff.)

zur Kenntnis nehmen und uns diese bestätigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten



# C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26  
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50  
Fax: 0221 – 16 99 60 49

[info@ostermann-praxis.de](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://www.ostermann-praxis.de)

---

## Wichtige Informationen zu Terminen

Sehr geehrte Eltern, Sorgeberechtigte und Kinder,

nachdem Sie Ihr Erstgespräch bei uns hatten, erhalten Sie einige Termine. Diese finden in der Regel vormittags statt. Dafür erhält Ihr Kind selbstverständlich eine Entschuldigung für die Schule.

Wenn Sie einen **Termin nicht wahrnehmen** können, geben Sie uns bitte grundsätzlich, **mindestens 24 Stunden** vorher Bescheid.

**Während der Sprechzeiten** senden Sie uns bitte **immer** eine **E-Mail** mit Ihrer **Terminabsage** an [info@ostermann-praxis.de](mailto:info@ostermann-praxis.de) oder Sie kontaktieren uns **direkt** über unser **Kontakt-Formular** auf unserer Homepage.

**Außerhalb der Sprechzeiten** können Sie uns auch gerne eine **Nachricht** auf unserem **Anrufbeantworter** hinterlassen.

**Wichtig!** Wenn Sie einen Termin abgesagt haben, sollten Sie unbedingt daran denken uns anzurufen, um einen neuen Termin zu vereinbaren, da sich ansonsten die Behandlung Ihres Kindes verzögern kann.

Verpasste Termine, die von Ihnen nicht abgesagt wurden, können zur Folge haben, dass alle weiteren bereits vereinbarten Termine gestrichen werden und von uns neu vereinbart werden müssen.

In diesem Fall müssen wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 60,00 € (für 1 Stunde) oder 30,00 € (für ½ Stunde) in Rechnung stellen.

Zur Kenntnis genommen:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des /der Sorgeberechtigten





# C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26  
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50  
Fax: 0221 – 16 99 60 49

[info@ostermann-praxis.de](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://www.ostermann-praxis.de)

## GOÄ

Bitte ausfüllen

### Patientendaten

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geb. – Datum: \_\_\_\_\_

### Angehöriger / Rechnungsempfänger

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

### Kostenträger

Versicherung: \_\_\_\_\_ Tarif: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Erklärung

Meine Tochter / Mein Sohn \_\_\_\_\_

Kommt als Privatpatient(in) zur Diagnostik und / oder Behandlung. Mir ist bekannt, dass mir die Behandlung persönlich auf Basis der für die Liquidation privatärztlicher Leistungen maßgeblichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt wird.

Dementsprechend verpflichte ich mich, unabhängig von der Höhe der Rechnungserstattung durch einen Dritten, den Rechnungsbetrag in voller Höhe zu bezahlen, auch wenn Ihr Behandlungstarif eine andere Erstattungshöhe vorsieht. Es wird der facharztspezifische Schwellenwert (2,8-fach) zur Anwendung gebracht.

Köln, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift