



## Liebe Eltern,

um Ihr Kind bestmöglich versorgen zu können, brauchen wir vorab Ihre Mithilfe. Bevor wir einen verbindlichen Termin anbieten, ist es wichtig, dass Sie uns den beiliegenden Anmeldebogen und die unten aufgeführten Unterlagen **vollständig ausgefüllt und unterschrieben** innerhalb von 14 Tagen an uns zurückschicken (entweder als PDF oder auf postalischem Weg). Nach Eingang Ihrer Unterlagen werden wir Sie zeitnah kontaktieren und einen verbindlichen Termin für ein Erstgespräch vereinbaren. Aus diesem Grund ist es ganz besonders wichtig, dass Sie uns Ihre vollständigen Kontaktdaten mit E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Anschrift mitteilen.

### Bitte schicken Sie zudem folgende Unterlagen mit:

- vorliegende Arztbriefe und Test-Befunde in Kopie
- bei Schulkindern die letzten beiden Zeugnisse in Kopie

### Zum Termin bringen Sie bitte dann mit

- Krankenkassen-Versichertenkarte
- das gelbe U-Heft

### Unsere Kontaktdaten:



**KJP Praxis**  
**Frau Dr. Figen Lund**  
Rathausplatz 5  
83435 Bad Reichenhall

**Mailadresse:** [info@jungeseelen-bgl.de](mailto:info@jungeseelen-bgl.de)  
**Telefonnummer:** +49 8651 762 50-0

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und stehen Ihnen für weitere Fragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihre KJP-Praxis



## Anmeldebogen

Name des Kindes/Jgdl.: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kind/Jgdl.: \_\_\_\_\_  
wohnhaft: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Mit der Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erklären Sie sich bereit, dass wir Sie per Mail kontaktieren und zudem über unsere Praxissoftware Terminbestätigungen bzw. -änderungen an Sie verschicken dürfen.**

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
über wen ist das Kind versichert: \_\_\_\_\_  
Behandelnder Kinderarzt (für den Arztbrief): \_\_\_\_\_

Name des Vaters, Geburtsjahr \_\_\_\_\_  
Beruf, Schulabschluss \_\_\_\_\_

Name der Mutter, Geburtsjahr \_\_\_\_\_  
Beruf, Schulabschluss \_\_\_\_\_

Bei getrenntlebenden Eltern:  
    Wo lebt das Kind: \_\_\_\_\_  
    Wer ist sorgeberechtigt: \_\_\_\_\_

Wenn nur ein Elternteil sorgeberechtigt ist: Bitte bringen sie eine **schriftliche Bescheinigung** vom Jugendamt mit, dass nur Sie alleine sorgeberechtigt sind.

Bei gemeinsamem Sorgerecht bei getrenntlebenden Eltern bitte **beiliegendes Formular vom Elternteil ausfüllen und unterschreiben lassen, welcher nicht am Termin teilnehmen wird.**

### Fragebogen zur Lebensgeschichte Ihres Kindes

Dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung; deshalb sollten Sie die Fragen zuhause so richtig und genau wie möglich beantworten. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich in der gleichen, streng vertraulichen Weise behandelt, wie alle Ihre anderen persönlichen Mitteilungen während Beratung und Behandlung. Vielen Dank für Ihre Mühe und ihr Engagement für die Gesundheit Ihres Kindes!



**Bitte beantworten Sie bitte die folgenden Fragen (Zutreffendes unterstreichen):**

**Schwangerschaft:** geplant / nicht geplant, komplikationslos / Komplikationen, z.B. hoher Blutdruck, Diabetes, Blutungen, drohende Fehlgeburt, Infektionskrankheiten, Medikamenteneinnahme, Sonstiges und zwar:

---



---

**Geburt:**Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht:\_\_\_\_\_ Länge:\_\_\_\_\_

APGAR: \_\_\_\_\_

Geburtsverlauf: normal Saugglocke Kaiserschnitt Zange komplikationslos

Komplikationen, und zwar: \_\_\_\_\_

Stillen: ja/nein \_\_\_\_\_ Monate

**Entwicklung:** frei Laufen: mit \_\_\_\_\_ Monaten Sprechen: mit \_\_\_\_\_ Monaten

Gab oder gibt es Auffälligkeiten/Probleme

- |  |      |                     |
|--|------|---------------------|
| - in der <b>Sprachentwicklung?</b> :                       | nein | ja, und zwar: _____ |
| - beim <b>Hören?</b> (z.B. Mittelohrentzündung, Röhrchen): | nein | ja, und zwar: _____ |
| - beim <b>Sehen?</b> (z.B. Brille):                        | nein | ja, und zwar: _____ |
| - bei der <b>Sauberkeitserziehung?</b>                     | nein | ja, und zwar: _____ |
| - bei <b>motorischen Entwicklung?</b>                      | nein | ja, und zwar: _____ |

**Vorerkrankungen des Kindes**

- Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_
- Unfälle (welcher Art, wann?): \_\_\_\_\_
- Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?): \_\_\_\_\_

---



---

Letzte Vorstellung beim Kinderarzt: wann? \_\_\_\_\_ weswegen \_\_\_\_\_

**Allergien/Unverträglichkeiten?:** nein - ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Gab oder gibt es **Behandlungen** durch Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie

o.ä.?

Name

wann?

nein - ja, und zwar: \_\_\_\_\_

---

Nimmt Ihr Kind zurzeit **Medikamente** ein und wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Kindergarten- und Schulbesuch**

Wird/wurde Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtungen betreut (zutreffendes bitte unterstreichen)?:  
Krippe, Krabbelstube, Kindergarten, Kinderhort, Sonderkindergarten, unbekannt,  
andere: \_\_\_\_\_

Besuch von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)      Alter bei Eintritt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung und wenn ja, welche:  
\_\_\_\_\_

Alter bei Einschulung: \_\_\_\_\_ Einschulung in welche Schule: \_\_\_\_\_

Welche Schulform/Ausbildung besucht Ihr Kind **zurzeit**? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Klassenstufe: \_\_\_\_\_

Gibt/gab es Schulwechsel, Wiederholungen, Probleme beim Besuch der Grundschule oder  
weiterführenden Schule und wenn ja, welche:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Schul-/Ausbildungsbesuch** (bitte zutreffendes unterstreichen): regelrecht, einmal wiederholt,  
mehrmals wiederholt, umgeschult, Wiederholung und Umschulung, Abbruch.

**Lebens- und Wohnsituation des Kindes**

1. Leben beide leiblichen Elternteile (zutreffendes bitte unterstreichen)? Beide leben, Vater gestorben, unbekannt hinsichtlich Vater, Mutter gestorben, unbekannt hinsichtlich Mutter, beide gestorben, unbekannt hinsichtlich beider Eltern.
2. Beziehungsstatus der leiblichen Eltern (zutreffendes bitte unterstreichen): Leben zusammen, getrennt/geschieden, durch den Tod getrennt, haben nie zusammengelebt.
3. Derzeitige Wohnsituation: Das Kind wohnt zur Zeit mit ... (zutreffendes bitte unterstreichen):  
leiblicher **Mutter**, Stiefmutter, Adoptivmutter, Pflegemutter, Großmutter, sonstiger Ersatzmutter, keiner Mutter,  
leiblichem **Vater**, Stiefvater, Adoptivvater, Pflegevater, Großvater, sonstiger Ersatzvater, keinem Vater,  
leiblichen **Geschwistern**, Stiefgeschwistern, Adoptivgeschwistern, sonstige Ersatzgeschwistern, keinen Geschwistern.
4. Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie (bitte eintragen): \_\_\_\_\_
5. Stellung in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie (zutreffende bitte unterstreichen): Einzelkind, jüngstes Kind, mittleres Kind, ältestes Kind, lebt nicht in einer Familie.



**Leibliche Geschwister** (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

	Name, Vorname	geboren am	Schule/Beruf	ggf. bes. Probleme/Erkr.
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____

Gibt es oder gab es besondere Belastungen in der Familie (dauernde Konflikte, körperliche oder seelische Erkrankungen, ...):

---

---

---



---

Was ist der **Anlass der Vorstellung** :

---

---

---

---

---

Wer hat Ihnen die Vorstellung bei uns empfohlen?

---

Findet zurzeit eine Behandlung in einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – Psychotherapie, einem sozialpädiatrischen Zentrum oder einer der Institutsambulanzen der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie statt?

nein - ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt dort vorstellig? \_\_\_\_\_

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Vorstellung von meiner Tochter/meinem Sohn  
\_\_\_\_\_ in der KJP-Praxis von Fr. Dr. Lund.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

**Psychische Symptome oder Beschwerden können auch durch körperliche Erkrankungen verursacht sein. Falls noch nicht geschehen, stellen sie ihr Kind deshalb bitte auch zum Ausschluss einer körperlichen Erkrankung (z.B. Schilddrüsenfunktionsstörung) bei ihrem Kinderarzt vor!**



---

## **Einverständnis-Erklärung des getrenntlebenden sorgeberechtigten Elternteils**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

mein Sohn       meine Tochter

\_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

in der Praxis von Fr. Dr. Lund  
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

untersucht und behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich

die Mutter (Name: \_\_\_\_\_)

den Vater (Name: \_\_\_\_\_)

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtsentbindungen vorzunehmen.

\_\_\_\_\_

(Unterschrift Sorgeberechtigte/r)

Name des/der Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_

(getrenntlebenden sorgeberechtigten Elternteils)

Anschrift des/der Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_

(Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Telefonnummer des/der Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_



## Zusätzliche Vereinbarung ambulante Behandlung

Wir nehmen uns für die Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes Zeit, die wir **nicht** anderweitig verplanen. Unsere Sprechstunden laufen **nach Vereinbarung**. Wir bieten in der Regel keine Akut-Sprechstunden an. Wir sind eine reine Bestellpraxis, d.h die vereinbarte Zeit ist speziell für Sie bzw. Ihr Kind reserviert. Sie brauchen keine lange Wartezeit einzuplanen.

**Daher wird für Termine, die für die Praxis eine Ausfallzeit darstellen, ein Ausfallhonorar berechnet.**

Deshalb eine dringende Bitte: Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, setzen Sie sich bitte so früh wie möglich mit uns in Verbindung und vereinbaren mit uns einen neuen Termin. Bei kurzfristigen Absagen (weniger als 24 Stunden vor dem Termin) und bei Nicht-Erscheinen zum vereinbarten Termin sehen wir uns leider gezwungen Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich den vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen kann, diesen **spätestens 24 Stunden vorher absagen** muss. Ich bin darüber informiert worden, dass mir für jeden nicht rechtzeitig abgesagten und nicht wahrgenommenen Termin ein **Ausfallhonorar in Höhe von**

**80,00 Euro**

in Rechnung gestellt wird.

Sie erhalten hierüber eine Rechnung von unserem Abrechnungsdienstleister Medas, dem wir dann Ihre Daten weitergeben.

Dieser Betrag muss von Ihnen selbst bezahlt werden, ohne dass eine Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenkasse oder eine private Krankenversicherung besteht.

Diese Regelung gilt auch dann, wenn ein Termin z.B durch Krankheit, Autopanne, verpasster Zug o.ä versäumt wird.

**Mit dieser Regelung bin ich einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname (Sorgeberechtigter)

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Adresse

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift





## **Datenschutzrechtliche Informationen für Patienten gem. Art. 12 ff. DS-GVO**

Sehr geehrte Patienten,  
im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene sowie medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Dies erfolgt sowohl innerhalb der KJP Praxis Dr. Figen Lund als auch gemeinsam mit anderen an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen. Die nachfolgenden Informationen haben wir für Sie zur Information zusammengestellt:

### **I. Zwecke, für die Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen**

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, erfasst, gespeichert, verarbeitet, abgefragt, genutzt oder übermittelt. Datenschutzrechtlich spricht man bei all diesen Vorgängen vom Oberbegriff der „Verarbeitung“.

Die KJP Praxis Dr. Figen Lund darf Patientendaten nur dann verarbeiten, wenn eine gesetzliche Grundlage dies vorschreibt bzw. erlaubt oder Sie als Patient hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Für Ihre Behandlung notwendig sind dabei insbesondere Verarbeitungen Ihrer Daten aus präventiven, diagnostischen, therapeutischen, kurativen und auch nachsorgenden Gründen. Außerdem erfolgen Verarbeitungen Ihrer Daten im Hinblick auf interdisziplinäre Konferenzen zur Analyse und Erörterung von Diagnostik und Therapie, zur Vor-, Mit-, Weiterversorgung bzgl. Diagnostik, Therapie, Befunden sowie Krankheits- / Vitalstatus. Alle diese Verarbeitungen erfolgen, um eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten. Daneben werden Arztbriefe oder Berichte geschrieben und es erfolgen Verarbeitungen aus Qualitätssicherungsgründen.

Neben diesen patientenbezogenen Verarbeitungen bedarf es auch einer verwaltungsmäßigen Abwicklung Ihrer Behandlung. Dies bedingt im Wesentlichen die Verarbeitung Ihrer Daten zur Abrechnung Ihrer Behandlung, aus Gründen des Controllings bzw. der Rechnungsprüfung, zur Geltendmachung, Ausübung sowie Verteidigung von Rechtsansprüchen, usw. Datenverarbeitungen erfolgen zudem zu Zwecken der Ausbildung, der Fort- und Weiterbildung von Ärzten und von Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens oder zu gesetzlich vorgesehenen Meldepflichten (z.B. an die Polizei aufgrund des Melderechts, an staatliche Gesundheitsämter aufgrund des Infektionsschutzgesetzes) sowie nicht zuletzt aus Gründen der Betreuung und Wartung von IT-Systemen und Anwendungen, usw.

### **II. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch die KJP Praxis Dr. Figen Lund**

Die Grundlage dafür, dass die KJP Praxis Dr. Figen Lund Ihre Daten datenschutzrechtlich verarbeiten darf, ergibt sich hauptsächlich daraus, dass die KJP Praxis Dr. Figen Lund für die Versorgung und Behandlung von Patienten zuständig ist. Es gibt zahlreiche Gesetze und Verordnungen, die dem KJP PRAXIS DR. FIGEN LUND eine Verarbeitung der Daten erlauben, wie z. B. die sog. EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) in den Art. 6 und 9 DS-GVO. Daneben finden sich Grundlagen im deutschen Recht, etwa in dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), insbesondere § 22 BDSG sowie in den §§ 630 ff. BGB, die eine Verarbeitung Ihrer Daten voraussetzen. Als Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung seien hier beispielhaft genannt:

- Datenverarbeitungen zum Zwecke der Durchführung sowie Dokumentation des Behandlungsgeschehens einschließlich des innerärztlichen und interprofessionellen Austauschs im KJP Praxis Dr. Figen Lund über den Patienten für die Behandlung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. §§ 630a ff, 630f BGB),
- Datenübermittlung an „Externe“ im Sinne einer gemeinsamen Behandlung (im Team), Zuziehung externer Konsiliarärzte, z.B. Labor, Telemedizin, sowie Zuziehung externer Therapeuten (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs.4 DS-GVO),
- Datenübermittlung an die gesetzlichen Krankenkassen zum Zwecke der Abrechnung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO),
- Daneben sind Verarbeitungen auch in Fällen zulässig, in denen Sie uns Ihre Einwilligung erklärt haben.

### **III. Von wem wir Ihre Daten erhalten**

KJP Praxis Dr. Figen Lund – Rathausplatz 5 – 83435 Bad Reichenhall



Wir erheben die erforderlichen Daten grundsätzlich bei Ihnen selbst. Teilweise kann es jedoch vorkommen, dass wir von anderen Krankenhäusern, die etwa Ihre Erst- / Vor-Behandlung durchgeführt haben, von niedergelassenen Ärzten, Fachärzten, Medizinischen Versorgungszentren (sog.MVZ) usw. Sie betreffende personenbezogene Daten erhalten. Diese werden in unserem KJP Praxis Dr. Figen Lund im Sinne einer einheitlichen Dokumentation mit Ihren übrigen Daten zusammengeführt.

#### **IV. Zugriffsberechtigungen auf Ihre Daten**

Die an Ihrer Behandlung beteiligten Personen haben Zugriff auf Ihre Daten. Ihre Daten werden von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet. Dieses Fachpersonal unterliegt entweder dem sog. Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht. Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten wird gewährleistet.

#### **V. Notwendigkeit der Angabe Ihrer Personalien**

Die ordnungsgemäße administrative Abwicklung Ihrer Behandlung bedingt die Aufnahme Ihrer Personalien.

#### **VI. Mögliche Empfänger Ihrer Daten**

Ihre Daten werden im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen bzw. etwaiger vorliegender Einwilligungserklärungen erhoben und ggf. an Dritte übermittelt. Als derartige Dritte kommen insbesondere in Betracht:

- gesetzliche Krankenkassen sofern Sie gesetzlich versichert sind,
- private Krankenversicherungen sofern Sie privat versichert,
- Unfallversicherungsträger,
- Hausärzte,
- weiter-, nach- bzw. mit behandelnde Ärzte,
- andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung,
- Rehabilitationseinrichtungen,
- Pflegeeinrichtungen,
- externe Datenverarbeiter (sog. Auftragsverarbeiter), usw.

#### **VII. Behandlung aufgrund ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings**

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

#### **VIII. Speicherdauer Ihrer Daten**

Das KJP Praxis Dr. Figen Lund ist gem. § 630f BGB dazu verpflichtet, eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Dieser Verpflichtung kann das KJP Praxis Dr. Figen Lund in Form einer in Papierform oder elektronisch geführten Patientenakte nachkommen. Diese Patientendokumentation wird auch nach Abschluss Ihrer Behandlung für lange Zeit von dem KJP Praxis Dr. Figen Lund verwahrt. Dazu ist die KJP Praxis Dr. Figen Lund gesetzlich verpflichtet.

#### **IX. Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung etc.**

Ihnen stehen sog. Betroffenenrechte zu, d.h. Rechte, die Sie als im Einzelfall betroffene Person ausüben können. Diese Rechte können Sie gegenüber dem KJP Praxis Dr. Figen Lund gelten machen. Die Rechte ergeben sich aus der DS-GVO:

- **Recht auf Auskunft, Art. 15 DS-GVO**  
Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten.
- **Recht auf Berichtigung, Art. 16 DS-GVO**  
Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie eine Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden.
- **Recht auf Löschung, Art. 17 DS-GVO**  
Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind.
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DS-GVO**  
Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken.



- **Recht auf Datenübertragbarkeit, Art. 20 DS-GVO**

Sie haben grundsätzlich das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten, die sie der KJP Praxis Dr. Figen Lund bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten.

- **Recht auf Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung, Art. 21 DS-GVO**

Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht auch gegen rechtmäßige Datenverarbeitungen, die im öffentlichen Interesse liegen, in Ausübung öffentlicher Gewalt oder aufgrund des berechtigten Interesses einer Stelle erfolgen.

**X. Widerruf erteilter Einwilligungen**

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie dem KJP Praxis Dr. Figen Lund gegenüber erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie formlos z.B. schriftlich, per E-Mail oder Fax an das KJP Praxis Dr. Figen Lund richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

**XI. Wahrnehmung berechtigter Interessen des KJP PRAXIS DR. FIGEN LUND**

Sofern das KJP Praxis Dr. Figen Lund zur Durchsetzung seiner Ansprüche gegen Sie selbst oder Ihre Krankenkasse gezwungen ist, anwaltliche oder gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da die von dem KJP Praxis Dr. Figen Lund gestellte Rechnung nicht beglichen wird, muss die KJP Praxis Dr. Figen Lund (zu Zwecken der Rechteverfolgung) die dafür notwendigen Daten zu Ihrer Person und Ihrer Behandlung offenbaren.

**XII. Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen**

Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Dies ergibt sich aus Art. 77 DS-GVO. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos erfolgen.

**XIII. Datenschutzbeauftragter des KJP Praxis Dr. Figen Lund**

Dr. Figen Lund  
info@jungeseelen-bgl.de

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Vorname (Patient(in)): \_\_\_\_\_

Nachname (Patient(in)): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Patient(in)): \_\_\_\_\_

Vorname (Sorgeberechtigte(r)): \_\_\_\_\_

Nachname (Sorgeberechtigte(r)): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patient(in) o. Sorgeberechtigte(r)):



Liebe Patientinnen und Patienten!

An dieser Stelle möchte ich Sie darauf aufmerksam machen, dass bestimmte Atteste/Bescheinigungen kostenpflichtig sind.

Grundsätzlich sind jegliche Dokumente nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen, wenn diese **auf vereinbarten Vordrucken oder auf besonderes Verlangen der Kassen bzw. des Medizinischen Dienstes** erstellt werden. Die Gebühren für das Erstellen anderer Dokumente und die damit verbundenen medizinischen Maßnahmen werden nach der bundeseinheitlichen [Gebührenordnung für Ärzte](#) (GOÄ) berechnet und müssen entweder vom Patienten oder von der anfordernden Stelle getragen werden.

Da wir eine reine Bestellpraxis sind und wir Termine vorgeben ist für die Ausstellung einer **einfachen Anwesenheitsbescheinigung** keine Gebühr fällig – für alle anderen Bescheinigungen erheben wir folgende Gebühren nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte):

**Kleines Attest:** Kurzbescheinigung wie z.B Schulunfähigkeitsattest, Prüfungsfähigkeit etc. **5,36€**  
(GOÄ 70, 2,3-facher Satz)

**Großes Attest:** Krankheits-/Befundbericht, Textbescheinigungen, auf Wunsch des Patienten ausgestellte Bescheinigungen z.B Kindergarten, Schule, Sportverein oder Reiserücktritt etc. **17,43€**  
(GOÄ 75, 2,3-facher Satz)

Alle anderen Bescheinigungen/Atteste werden nach Rücksprache erstellt bzw. nach der GOÄ in Rechnung gestellt.

Die Gebühren müssen selbst von Ihnen bezahlt werden. **Ein Anspruch zur Übernahme der Kosten durch Ihre gesetzliche Krankenkasse besteht nicht.**

Da das Ausstellen von Bescheinigungen auch Zeit braucht und von personellen Ressourcen abhängt, möchte ich Sie höflichst bitten, rechtzeitig Bescheid zu geben, wenn Sie ein entsprechendes Attest brauchen.

Wir rechnen in diesem Falle direkt mit Ihnen ab. Aus organisatorischen Gründen nehmen wir kein Bargeld an. Wir möchten Sie bitten die Bescheinigungen persönlich abzuholen und dabei direkt bei uns in der Praxis per EC-Karte zu bezahlen.

Hierfür können Sie gerne in der Zeit von Mo-Do von 09.00 bis 13:00 vorbeikommen.

Vielen Dank und liebe Grüße

Dr. Lund