

# GEMEINSCHAFTSPRAXIS

**Karsten Jördens**

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie

**Dr. med. Klara Asako Sarholz**

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie

Hochstr. 20  
46236 Bottrop  
Tel. : 02041/18720  
Fax: 02041/187244  
Mobil: 0171/7534738  
oder 0173/1533996

## Therapievereinbarung

Liebe Eltern, liebe Patienten,

unsere Praxis wird als reine Bestellpraxis geführt, d. h. es werden feste Termine zur Diagnostik, Einzel- und Gruppentherapie eingerichtet, die in der Regel einen Zeitraum von einer halben bis zu einer Stunde einnehmen.

Daher ist es wichtig, vereinbarte Termine rechtzeitig, d.h. mindestens 2 Werktage vorher abzusagen, da es uns nicht möglich ist, ausgefallene Termine am selben Tage durch andere Patienten kurzfristig auszufüllen und damit einen entstehenden Ausfall zu verhindern.

*Termine, die nicht rechtzeitig (s.o.) abgesagt wurden, werden Ihnen/ Dir privat in Rechnung gestellt in Höhe des einfachen Satzes nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte).*

*Wir weisen darauf hin, dass unentschuldigtes Fernbleiben von den vereinbarten Therapien zur Folge hat, dass die evtl. noch bestehenden Termine anderweitig vergeben werden.*

Unverzichtbar ist die Mitteilung der Vorstellungstermine und geplanten Diagnostik- und Therapieprozesse an alle Sorgeberechtigten und abhängig von der individuellen Behandlungssituation auch an alle in der internen und externen Diagnostik und Behandlung Beteiligter. Der jeweils zum Ersttermin begleitende Sorgeberechtigte wird seinen (auch getrennt lebenden) Partner von der Vorstellung und den zunächst geplanten Terminen unterrichten. Der ebenfalls sorgeberechtigte Partner dokumentiert zeitnah auf einem eigenen Formular die Einwilligung und Kenntnisnahme der Therapievereinbarung.

Die o.g. Vereinbarung habe/n ich/ wir zur Kenntnis genommen und erkläre/n mich/ uns damit einverstanden.

Bottrop, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. Erz. Berechtigten/Patienten)



**GEMEINSCHAFTSPRAXIS**  
**Karsten Jördens**  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Psychotherapie  
**Dr. med. Klara Asako Sarholz**  
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Fachärztin für Psychotherapie

Bottrop,

Betr.: \_\_\_\_\_

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_  
die Ärzte Dr. med. Klara Asako Sarholz / Karsten Jördens von ihrer ärztlichen Schweigepflicht  
gegenüber:

-  
-  
-

wechselseitig.

Mit Auskünften über den Allgemeinzustand meines Kindes sowie der Zusendung von Befunden  
erkläre ich mich einverstanden.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, diese Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen, sowie 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.

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 für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz  
und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2 in  
40213 Düsseldorf, Telefon: 0211/38424-0 ([www.lid.nrw.de](http://www.lid.nrw.de))

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten







## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Gemeinschaftspraxis Jördens & Sarholz  
Hochstr. 20

46236 Bottrop  
Tel.: 02041/18720  
Fax: 02041/187244  
Mail: info@joerdens-sarholz.de

### Patientendaten:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten, die auf meiner Krankenversicherungskarte gespeichert sind, sowie meine Daten zu Diagnose und Therapie in der o.g. Praxis gespeichert und verarbeitet werden.

Die Patienteninformation zum Datenschutz gem. Art. 13 und 14 DSGVO habe ich/haben wir gelesen.

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift