



Erklärung zur Sozialpsychiatrieverordnung

- **Behandlungen** zählen dann als Behandlungen nach der Sozialpsychiatrievereinbarung, wenn nichtärztliche, so genannte **Sozialpsychiatrie-Mitarbeiter** in die Diagnostik oder Therapie **eingebunden** sind.
In dieser Praxis handelt es sich dabei um Psychologen, Motopäden und Sozialpädagogen.
- Ich erkläre, dass für mein u.g. Kind, dessen Erziehungsberechtigter/Erziehungsbeauftragter ich bin, derzeit **keine laufende Behandlung** in einem sozialpädiatrischen Zentrum, einer psychiatrischen Institutsambulanz oder in einer anderen SPV-Einrichtung stattfindet.
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich während einer laufenden Behandlung in einer der o.g. Einrichtungen **keinen Anspruch auf zusätzliche Behandlung** nach der Sozialpsychiatrievereinbarung habe.
- Es ist mir bekannt, dass eine **Diagnostik/Therapie in einer der o.g. Einrichtungen** mit hoher Wahrscheinlichkeit **nicht möglich ist, solange in dieser Praxis eine sozialpsychiatrische Behandlung stattfindet**.
- Ein **Wechsel** ist erst **nach Beendigung der laufenden Behandlung möglich** und dann auch erst wieder im Folgequartal (weil im laufenden Quartal vermutlich bereits nach der SPV-Vereinbarung abgerechnet wurde).
Dies gilt auch, wenn von einer der o.g. Einrichtungen in unsere Praxis gewechselt wird.

Behandlungen, bei denen lediglich Termine beim Arzt stattfinden (ohne Einbindung der o.g. Mitarbeiter) sind von diesen Regelungen und Einschränkungen nicht betroffen.

Erziehungsberechtigte von: _____
(Patient)

Sinsheim, den _____ Unterschrift: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne von §73 Abs. 1b SGB V durch den Facharzt

Name, Vorname des Patienten

Name gesetzlicher Vertreter

Wohnort

Geburtsdatum des Patienten

Ich erkläre mich einverstanden, dass

in der Praxis Dr. med. Brox die Patientendaten meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte:

- über den Umfang und die Art der Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich weiterhin einverstanden, dass

- der behandelnde **Arzt/Psychotherapeut** meines Kindes die **Behandlungsdaten** und **Befunde**, zum Zweck der beim Hausarzt/Kinderarzt/Psychotherapeut zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung, an meinen Hausarzt/Kinderarzt/Psychotherapeut oder andere Leistungserbringer **übermittelt/anfordert**.
- der behandelnde **Arzt/Psychotherapeut** meines Kindes, bei dessen Hausarzt/Kinderarzt/Psychotherapeut oder anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern, die für meine Behandlung erforderlichen **Behandlungsdaten** und **Befunde erhebt** und für die Zwecke der von dem behandelnden Arzt/Psychotherapeut zu erbringenden ärztlichen Leistungen **verarbeitet** und **nutzt**.

Mein Hausarzt/Kinderarzt/Psychotherapeut oder Leistungserbringer ist:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

