Medizinisches Versorgungszentrum
am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH

Medizinisches Versorgungszentrum
am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH

Bleickenallee 38 · 22763 Hamburg

Geschäftsführung
Christiane Dienhold
Swen Höpfner

Medizinisches Versorgungszentrum am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Bleickenallee 38 | 22763 Hamburg

Telefon: (040) 88908-966
Telefax: (040) 88908-272
kjp@mvz-am-akk.de
www.mvz-am-akk.de

Sehr geehrte Eltern,

bitte füllen Sie die folgenden Seiten **vollständig und leserlich aus** (gerne digital) und **senden sie an uns zurück.**

Digitale Bilder von Unterschriften sind leider nicht rechtskräftig. Daher müssen wir Sie bitten, Formulare mit Unterschriften auszudrucken, **selbst zu unterschreiben** und uns die Originale z.B. per Post zukommen zu lassen.

Bitte schicken Sie zudem folgende Unterlagen mit:

- vorliegende Arztbriefe und Test-Befunde **in Kopie**
- bei Schulkindern die letzten beiden Zeugnisse **in Kopie**
- weitere Unterlagen, wie bspw. Nachweis über alleiniges Sorgerecht in **Kopie**

Unsere Anschrift lautet:

Medizinisches Versorgungszentrum am Altonaer Kinderkrankenhaus
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und Psychotherapie
Bleickenallee 38
22763 Hamburg

oder per Mail an:

kjp@mvz-am-akk.de

Nach Eingang Ihrer Unterlagen werden wir Sie zeitnah kontaktieren (telefonisch oder per Mail) und mit Ihnen einen Termin für ein Erstgespräch vereinbaren.

Zum Termin bringen Sie bitte dann mit:

- Krankenkassen-Versichertenkarte
- das gelbe U-Heft

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und stehen Ihnen für weitere Fragen und bei Problemen bei der Beantwortung des Anmeldebogens gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr MVZ-Team

Medizinisches Versorgungszentrum
am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH

ANMELDEBOGEN

KIND

Name _____ Geb. _____

Vorname (vollständig) _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Str. / PLZ / Ort _____

Versichert ☐ gesetzlich ☐ privat Name der Versicherung: _____

Sorgerecht liegt bei ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beiden Eltern ☐ _____

Kinderarzt/-ärztin, Hausarzt/-ärztin:
(Name und Anschrift)

MUTTER

Name, Vorname _____ Geb. _____

Adresse _____

Email _____ Telefon _____

VATER

Name, Vorname _____ Geb. _____

Adresse _____

Email _____ Telefon _____

VORSTELLUNGSGRUND

In welchen Bereichen hat ihr Kind Schwierigkeiten?

- ☐ Aggressionen
- ☐ Ängste
- ☐ geht nicht zur Schule
- ☐ Essen/Appetit/Essverhalten
- ☐ depressive Symptomatik
- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Einnässen
- ☐ Einkoten
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Suchtverhalten
- ☐ zwanghaftes Verhalten
- ☐ Konzentrationsprobleme
- ☐ Lese- oder Rechtschreibschwäche
- ☐ Rechenschwäche

Anlass zur Vorstellung:

Wann traten die Probleme erstmals auf? _____

Wer hat die Vorstellung empfohlen? _____

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Geschäftsführung: Christiane Dienhold und Swen Höpfner
Amtsgericht: Hamburg HRB 97597
StNr.: 02/85003393

Bankverbindung:
HSH Nordbank AG
IBAN: DE10 2105 0000 1000 0644 39
SWIFT (BIC): HSHNDEHHXXX

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE HAMBURG

Belastende Lebensereignisse:
(z.B. Trennungserfahrungen, Scheidung der Eltern, Verlust wichtiger Bezugspersonen)

Erwartungen und Ziele bezüglich der Behandlung in unserer Praxis:

BISHERIGE BEHANDLUNGEN

Art der Behandlung	Alter bei Beginn	Dauer	Wo? bzw. bei wem?
Ergotherapie			
Logopädie			
Lerntherapie			
Beratungsstelle			
Ambulante Psychotherapie			
Ambulante KJP-Behandlung			
Teilstationäre KJP-Behandlung (Tagesklinik)			
Vollstationäre KJP-Behandlung			
Andere stationäre Behandlung			
Bisherige Diagnosen			

Gibt es aktuell 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?

☐ nein ☐ ja, wo? Wann zuletzt?: _____

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Geschäftsführung: Christiane Dienhold und Swen Höpfner
Amtsgericht: Hamburg HRB 97597
StNr.: 02/85003393

Bankverbindung:
HSH Nordbank AG
IBAN: DE10 2105 0000 1000 0644 39
SWIFT (BIC): HSHNDEHHXXX

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE HAMBURG

VOR GEBURT / WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

Komplikationen ☐ nein ☐ ja, folgende:

Substanzkonsum (z.B. Nikotin, Alkohol oder Medikamente)
☐ nein ☐ ja, folgende: _____

GEBURT

In welcher Schwangerschaftswoche? _____ ☐ Spontangeburt ☐ mit Einleitung ☐ Kaiserschnitt
Geburtsparameter: Größe _____ Gewicht _____ Kopfumfang _____ APGAR _____
Komplikationen? ☐ nein ☐ ja, folgende:

Auffälligkeiten beim Kind nach Geburt ☐ nein ☐ ja, folgende: _____
Körperliche oder psychische Probleme der Mutter nach der Geburt
☐ nein ☐ ja, folgende: _____

SÄUGLINGS- UND KLEINKINDALTER

Betreuung im 1. Lebensjahr durch: _____

Meilensteine der Entwicklung (in welchem Lebensmonat?):
Freies Laufen _____ erste Worte _____ erste Sätze _____
Tagsüber trocken _____ nachts trocken _____ sauber _____

Probleme in dieser Zeit ☐ nein ☐ ja, folgende:

KINDERGARTEN-ALTER

Wurde ein Kindergarten besucht? ☐ nein ☐ ja, ab wann? _____
Gab es Wechsel des Kindergartens? ☐ nein ☐ ja, wann? weswegen?
_____

Probleme in dieser Zeit ☐ nein ☐ ja, folgende:

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Geschäftsführung: Christiane Dienhold und Swen Höpfner
Amtsgericht: Hamburg HRB 97597
StNr.: 02/85003393

Bankverbindung:
HSH Nordbank AG
IBAN: DE10 2105 0000 1000 0644 39
SWIFT (BIC): HSHNDEHHXXX

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE HAMBURG

SCHUL-ALTER

Alter bei Einschulung _____ Aktuelle Schule _____

Aktuell besuchte Klasse _____ Aktuelle Schulform _____

Klassenwiederholungen ☐ nein ☐ ja, wann? Grund?: _____

Wurde bereits ein Schulabschluss erreicht? ☐ nein ☐ ja, folgender: _____

Probleme in dieser Zeit ☐ nein ☐ ja, folgende:

JUGENDAMT

Gibt es Kontakt mit dem Jungendamt ☐ nein ☐ ja, welchem? _____

Zuständiger Sachbearbeiter _____

Art der Hilfe durch das Jugendamt (seit wann?, wie lange?)

☐ Beratung _____

☐ Ambulante Hilfen
(z.B. SPFH/Erziehungsbeist.) _____

☐ Teilstationäre Hilfe (Tagesgruppe) _____

☐ Vollstationäre Hilfe (Wohngruppe) _____

☐ Anderes _____

KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN

Schwere/chronische Erkrankungen ☐ nein ☐ ja, folgende: _____

Probleme beim Sehen oder Hören ☐ nein ☐ ja, folgende: _____

Brille ☐ nein ☐ ja, Grund: _____

Bekannte Allergien ☐ nein ☐ ja, folgende: _____

Operationen oder Unfälle ☐ nein ☐ ja, wann? Welche?

Medikamente ☐ nein ☐ ja, folgende (bitte mit Dosierung):

ANDERE PROBLEME

Gibt es Hinweise auf Konsum von Substanzen?

Nikotin ☐ nein ☐ ja, wie viel? _____

Alkohol ☐ nein ☐ ja, wie viel? _____

Andere Drogen ☐ nein ☐ ja, welche? Wie viel? _____

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Geschäftsführung: Christiane Dienhold und Swen Höpfner
Amtsgericht: Hamburg HRB 97597
StNr.: 02/85003393

Bankverbindung:
HSH Nordbank AG
IBAN: DE10 2105 0000 1000 0644 39
SWIFT (BIC): HSHNDEHHXXX

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE HAMBURG

FREIZEITGESTALTUNG

Welche Hobbys hat Ihr Kind? _____

Welche Stärken hat Ihr Kind? _____

Hat Ihr Kind Freunde? _____

Wie viel Zeit wird mit Medien verbracht?

☐ PC-Spiele ____ Std./Tag ☐ Spielkonsole ____ Std./Tag ☐ Handy ____ Std./Tag

☐ Internet ____ Std./Tag ☐ Soziale Medien ____ Std./Tag ☐ TV ____ Std./Tag

LEBENSSITUATION DES KINDES

Das Kind lebt derzeit bei:

☐ bei beiden leiblichen Eltern ☐ bei der leiblichen Mutter ☐ beim leiblichen Vater

☐ in einer Pflegefamilie seit _____ Name Pflegefamilie _____

☐ in einer Adoptivfamilie seit _____ Name Adoptivfamilie _____

☐ in einer Jugendhilfeeinrichtung seit _____ Name Einrichtung _____

FAMILIE

Gesprochene Sprache(n) in der Familie _____

Beziehungsstatus der Eltern: ☐ Zusammen ☐ getrennt seit _____

Ggf. Umgangsregelung: _____

Gibt es körperliche oder psychische Erkrankungen in der Familie? ☐ nein ☐ ja, beim Wem? Was?

WERDEGANG DER LEIBLICHEN MUTTER

Schulabschluss ☐ nein ☐ ja, folgende: _____

Ausbildung ☐ nein ☐ ja, folgende: _____

Aktuelle Tätigkeit ☐ nein ☐ ja, folgende: _____

WERDEGANG DES LEIBLICHEN VATERS

Schulabschluss ☐ nein ☐ ja, folgende: _____

Ausbildung ☐ nein ☐ ja, folgende: _____

Aktuelle Tätigkeit ☐ nein ☐ ja, folgende: _____

GESCHWISTER

Name _____ Alter ____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter ____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter ____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter ____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter ____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter ____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Vielen herzlichen Dank für Ihre Zeit und Mühe!

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Geschäftsführung: Christiane Dienhold und Swen Höpfner
Amtsgericht: Hamburg HRB 97597
StNr.: 02/85003393

Bankverbindung:
HSH Nordbank AG
IBAN: DE10 2105 0000 1000 0644 39
SWIFT (BIC): HSHNDEHHXXX

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE HAMBURG

EINVERSTÄNDNIS-ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

wohnhaft: _____

vom Team des medizinischen Versorgungszentrums am Altonaer Kinderkrankenhaus untersucht und behandelt wird.

Sorgeberechtig ist/sind: ☐ Beide Eltern ☐ nur die Mutter ☐ nur der Vater ☐ der Vormund

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

Wenn nur ein Elternteil sorgeberechtigt ist, übersenden Sie uns bitte zusätzlich eine **schriftliche Bescheinigung** (z.B. vom Jugendamt), dass nur Sie alleine sorgeberechtigt sind.

_____ _____

Datum, Unterschrift der/des Sorgeberechtigten Datum, Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Geschäftsführung: Christiane Dienhold und Swen Höpfner
Amtsgericht: Hamburg HRB 97597
StNr.: 02/85003393

Bankverbindung:
HSH Nordbank AG
IBAN: DE10 2105 0000 1000 0644 39
SWIFT (BIC): HSHNDEHHXXX

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE HAMBURG

EINVERSTÄNDNIS-ERKLÄRUNG
DES NICHT TEILNEHMENDEN SORGEBERECHTIGTEN ELTERNTEILS

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

wohnhaft: _____

vom Team des medizinischen Versorgungszentrums am Altonaer Kinderkrankenhaus untersucht und behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich ☐ die Mutter ☐ den Vater

Name: _____

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtsentbindungen vorzunehmen.

Daten des nicht teilnehmenden Elternteils

Name, Vorname _____ Geb. _____

Adresse _____

Email _____ Telefon _____

_____
Datum, Unterschrift

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Geschäftsführung: Christiane Dienhold und Swen Höpfner
Amtsgericht: Hamburg HRB 97597
StNr.: 02/85003393

Bankverbindung:
HSH Nordbank AG
IBAN: DE10 2105 0000 1000 0644 39
SWIFT (BIC): HSHNDEHHXXX

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE HAMBURG

ZUSÄTZLICHE VEREINBARUNG AMBULANTE BEHANDLUNG

Wir nehmen uns für die Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes Zeit, die wir **nicht** anderweitig verplanen. Unsere Kinder- und Jugendpsychiatrische Sprechstunde läuft **nach Vereinbarung**. Wir bieten **keine Akut-Sprechstunden in der KJP an**.

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, **unter den o.g. Kontaktdaten** (gerne auch per Mail). 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 Höhe von

100,00 Euro

in Rechnung zu stellen.

Bitte schicken Sie uns daher zusammen mit dem ausgefüllten Anamnesebogen die folgende Erklärung unterschrieben zurück:

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich den vereinbarten Behandlungstermin für

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

nicht wahrnehmen kann, **diesen spätestens am vorherigen Werktag** absagen muss. Ich bin darüber informiert worden, dass mir für jeden nicht rechtzeitig abgesagten und nicht wahrgenommenen Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von

100,00 Euro

durch die MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH in Rechnung gestellt wird. Dieser Betrag muss von mir selbst bezahlt werden, ohne dass eine Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenkasse oder eine private Krankenversicherung besteht.

Mit dieser Regelung bin ich einverstanden.

_____

Datum, Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Geschäftsführung: Christiane Dienhold und Swen Höpfner
Amtsgericht: Hamburg HRB 97597
StNr.: 02/85003393

Bankverbindung:
HSH Nordbank AG
IBAN: DE10 2105 0000 1000 0644 39
SWIFT (BIC): HSHNDEHHXXX

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE HAMBURG

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte und Therapeuten des MVZ am AKK meines Kindes

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

wohnhaft: _____

von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen/Institutionen, um Behandlungs- und betreuungsrelevante Informationen auszutauschen sowie therapeutische Vorgehensmöglichkeiten zu besprechen.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht **gilt wechselseitig**. Diese kann jederzeit widerrufen werden.

_____
Datum, Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Geschäftsführung: Christiane Dienhold und Swen Höpfner
Amtsgericht: Hamburg HRB 97597
StNr.: 02/85003393

Bankverbindung:
HSH Nordbank AG
IBAN: DE10 2105 0000 1000 0644 39
SWIFT (BIC): HSHNDEHHXXX

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE HAMBURG

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DATENVERARBEITUNG

Daten des Kindes / des Patienten:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

wohnhaft: _____

A Einwilligung in Einsichtnahme in Unterlagen früherer Behandlungen

Eine gute Behandlung setzt meist die Kenntnis von Unterlagen früherer Behandlungen bzw. Ihrer Krankengeschichte voraus. Zur Gewährleistung einer guten und vollumfassenden Behandlung nutzen wir in der MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH (MVZ am AKK) eine Patientenverwaltung sowie elektronische Patientenakte (im Folgenden zusammen „Systeme“ genannt). Des Weiteren wird ggfs. während der Behandlung der Zugriff auf die Patientenverwaltung in der AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH (AKK) und des UKE-Konzerns [1] notwendig.

Durch die Erteilung Ihrer Einwilligung ermöglichen Sie die Einsichtnahme in Ihre gegebenenfalls in den Systemen bereits vorhandenen Informationen (einschließlich Ihrer Gesundheitsdaten) aus früheren Aufenthalten und Behandlungen im MVZ am AKK sowie UKE-Konzern für Ihre aktuelle Behandlung durch unser Fachpersonal. Unser Fachpersonal ist dann berechtigt, diese Informationen zum Zwecke Ihrer Behandlung zu verarbeiten. Die kann die Informationsgrundlage für Ihre Behandlung bei uns wesentlich verbessern. Aufgrund der hohen Komplexität medizinischer Leistungen ist eine vollständige Zusammenführung aller Behandlungsdokumentationen im MVZ am AKK sowie im AKK und UKE-Konzern jedoch nicht automatisch möglich. Weisen Sie daher bitte das Fachpersonal zusätzlich auf Behandlungen im AKK oder in anderen Teilen des UKE-Konzerns oder auch bei anderen Behandelnden hin, wenn Sie der Meinung sind, dass diese für Ihren aktuelle Behandlung relevant sein könnten.
Nicht von Ihrer Einwilligung erfasst ist hingegen die Einsichtnahme in etwaige psychiatrische und psychotherapeutische Dokumente aus Behandlungen im Zentrum für Psychosoziale Medizin sowie der Klinik für Psychosomatik des UKE. Auf diese Dokumente kann ausschließlich das Fachpersonal aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin sowie der Klinik für Psychosomatik zugreifen.

Daneben verwenden wir Systeme – teilweise – zum Zwecke unserer Dokumentation über Ihre Behandlung und stellen die Informationen aus und über Ihre Behandlung für ggfs. zukünftige Behandlungen im MVZ am AKK sowie im AKK und UKE-Konzern zur Verfügung. Durch diese Dokumentation in den Systemen stehen Ihre Informationen auch zentralen Funktionen des MVZ am AKK sowie im AKK und UKE-Konzerns, wie z.B. Qualitätsmanagement, zur Verfügung. Darüber hinaus werden über die Systeme auch für Behandlungen wesentliche Funktionalitäten, etwa Anforderungen von Laboruntersuchungen oder spezifischen Untersuchungen, angesteuert.

Ohne die Verwendungen der Systeme stehen im schlimmsten Fall weder Informationen aus der Behandlung bei uns noch bei anderen Teilen des MVZ am AKK sowie im AKK und UKE-Konzerns zur Verfügung. Auch können für viele Behandlungen wesentliche Funktionalitäten nicht oder nur eingeschränkt genutzt werden. In aller Regel sind komplexere Behandlungen im MVZ am AKK hierdurch nicht möglich. Unsere Ärzte und Ärztinnen werden im Fall der Ablehnung der Einwilligung im Einzelfall prüfen, ob eine Behandlung auch ohne die Systeme und insbesondere der elektronischen Patientenakte möglich ist. In jedem Fall aber stehen bei zukünftigen Behandlungen Informationen über bisherige Behandlungen im MVZ am AKK sowie im AKK und UKE-Konzern nicht mehr zur Verfügung. **Dies kann besonders dann zu einem durchaus lebensbedrohlichen Nachteil für Sie werden, wenn es sich um eine Notfallbehandlung handelt, bei der Sie uns nicht selbst informieren können.**

[1] UKE-Konzern im Sinne dieser Einwilligungserklärung meint das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, KdöR (UKE) und das AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH (AKK).

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Geschäftsführung: Christiane Dienhold und Swen Höpfner
Amtsgericht: Hamburg HRB 97597
StNr.: 02/85003393

Bankverbindung:
HSH Nordbank AG
IBAN: DE10 2105 0000 1000 0644 39
SWIFT (BIC): HSHNDEHHXXX

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE HAMBURG

B. Datenübermittlung mit Hausärzten- und -ärztinnen, anderen Behandelnden und Dritte

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 und Ärztinnen, Psychotherapeuten und -therapeutinnen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst im Gesundheitssystem, externe Labore 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 Empfangende.

C. Einwilligung in die Datenübermittlung zwischen AKK und Hausarzt/Hausärztin

Grundsätzlich beziehen sich die obenstehenden Einwilligungen nur auf den aktuellen Behandlungs- bzw. Krankheitsfall. Daher müssten wir Sie bei zukünftigen Besuchen bei uns in der Regel erneut um diese Einwilligung bitten. Um diesen Aufwand für Sie zu vermeiden, können Sie alternativ Ihre Einwilligung hiermit – natürlich ebenfalls jederzeit widerruflich – auch auf alle zukünftigen Behandlungen bei uns für die nächsten drei Jahre erstrecken. Wir werden Sie dann jeweils auf das Bestehen dieser Dauer-Einwilligung hinwiesen, um Ihnen die Möglichkeit des Widerrufs zu geben.
Sollten Sie mit der Dauer-Einwilligung für eine der obenstehenden Einwilligungen nicht einverstanden sein, kreuzen Sie bitte „Nein, ich bin nicht einverstanden.“ An. Wir werden Sie dann beim nächsten Besuchen erneut um die Einwilligung bitten.

A. Einwilligung in die Einsichtnahme in Unterlagen aus früheren Behandlungen und der gemeinsamen Dokumentation im AKK und UKE-Konzern

In bin mit der gemeinsamen Nutzung aus von Informationen aus und über meine Behandlungen im MVZ am AKK sowie im AKK und UKE-Konzern für Behandlungszwecke und Hilfsprozesse einverstanden.

☐ Ja, ich willige ein. ☐ Nein, ich bin nicht einverstanden.

Diese Einwilligung soll auch für meine Behandlungen in den kommenden drei Jahren gelten, sodass sie nicht erneut eingeholt werden muss. Ich kann jederzeit, durch Erklärung gegenüber dem MVZ am AKK, wieder zur Einwilligung im Einzelfall übergehen.

☐ Ja, ich willige ein. ☐ Nein, ich bin nicht einverstanden.

B. Einwilligung in die Datenübermittlung mit Hausärzten und -ärztInnen sowie anderen Behandelnden

Ich bin damit einverstanden, dass die ein- und überweisenden oder von mir benannten Behandelnden zum Zwecke meiner Behandlung behandlungsrelevante Informationen über mich (einschließlich der darin enthaltenen Gesundheitsdaten) an das MVZ am AKK übermitteln dürfen.

☐ Ja, ich willige ein. ☐ Nein, ich bin nicht einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass die in Abschnitt B beschriebenen Behandelnden und berechtigten Dritten Behandelnden meine Gesundheitsdaten in dem gesetzlich erlaubten Rahmen erhalten dürfen. . Die Übermittlung kann auch elektronisch erfolgen.

☐ Ja, ich willige ein. ☐ Nein, ich bin nicht einverstanden.

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Geschäftsführung: Christiane Dienhold und Swen Höpfner
Amtsgericht: Hamburg HRB 97597
StNr.: 02/85003393

Bankverbindung:
HSH Nordbank AG
IBAN: DE10 2105 0000 1000 0644 39
SWIFT (BIC): HSHNDEHHXXX

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE HAMBURG

Diese Einwilligungen sollen auch für meine Behandlungen in den kommenden drei Jahren gelten, so dass sie nicht erneut eingeholt werden müssen. Ich kann jederzeit durch Erklärung gegenüber dem MVZ am AKK wieder zur Einwilligung im Einzelfall übergehen.

☐ Ja, ich willige ein. ☐ Nein, ich bin nicht einverstanden.

Für den Zweck der von mir vorstehend erteilten Einwilligung entbinde ich damit auch meine Behandelnden sowie die Beschäftigten des MVZ am AKKs, insbesondere die Ärzte, Ärztinnen und das nicht-ärztliche Personal, von ihrer Schweigepflicht.
Die vorstehenden Einverständniserklärungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bitte wenden Sie sich in diesen Fall an das Sekretariat des MVZ am AKK, Telefon +49 (0) 40 88908-951 oder sekretariat@mvz-am-akk.de. Sie können die Einwilligungserklärung auch postalisch widerrufen.

_____
Hamburg, Datum

_____
Unterschrift des Patienten

_____
Ggfs. (gesetzliche/r) Vertreter/in (z.B. Sorgeberechtigte, Betreuer:Innen, Bevollmächtigte)

MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus GmbH
Geschäftsführung: Christiane Dienhold und Swen Höpfner
Amtsgericht: Hamburg HRB 97597
StNr.: 02/85003393

Bankverbindung:
HSH Nordbank AG
IBAN: DE10 2105 0000 1000 0644 39
SWIFT (BIC): HSHNDEHHXXX

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE HAMBURG