



Ärztlicher Leiter: Dr. Wim Van Gerven, Buchenweg 9–11, 50169 Kerpen, Tel. (0 22 73) 91 57-0

Erhebungsbogen zur Familie bei Wiederanmeldung

Datum: _____

Sehr geehrte Eltern,

zur umfassenden Betreuung Ihres Kindes bitten wir Sie nachfolgend um einige persönliche Angaben. Diese werden ausschließlich zusammen mit den Patientendaten gespeichert und unterliegen somit der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:

Kind Name: _____ Geb.-Datum: _____
Vorname: _____ männlich weiblich

Welchen Kindergarten oder welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit?

Einrichtung: _____ Gruppe/Klasse: _____
PLZ / Ort: _____ Telefon: _____

Familie:

Ist Ihr Kind

leibliches Kind adoptiert Pflegekind

Lebt Ihr Kind

mit beiden Eltern bei der Mutter beim Vater bei Pflegeeltern im Heim

oder wo sonst? _____

Wer hat das Sorgerecht ? Eltern nur Mutter nur Vater Sonst:

Name, Vorname. des/der Sorgeberechtigten: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

Telefon: _____

Bitte nennen Sie uns alle Geschwister und Halbgeschwister:

Name

Vorname

Geb.-Datum

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum Rhein-Erft-Kreis zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.

Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir dem Sozialpädiatrischen Zentrum umgehend mit.



Datum & eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

HINWEIS : Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum Rhein-Erft-Kreis aus rechtlichen Gründen nicht möglich!

Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und tragen den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts ein:

Einverständniserklärungen:

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere Personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden.

Ja Nein

Fotos/Videos zu diagnostischen Zwecken gemacht werden:

Ja Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per SMS, Email oder Telefon vom SPZ erhalte.

Ja Nein

Wir weisen Sie darauf hin, dass Benachrichtigungen per SMS oder Mail unverschlüsselt versendet werden und damit unter Umständen von unberechtigten Dritten mitgelesen werden können.

Ich gebe hiermit die Einwilligung zur Videosprechstunde und bestätige, dass ich die Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

Ja Nein



Datum & eigenhändige Unterschrift/-en des/der Personensorgeberechtigten

Ich kann meine/wir können unser Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Videosprechstunde im SPZ - Information und Einwilligung



Liebe Eltern und andere Sorgeberechtigte,

seit April 2017 sind verschiedene Untersuchungen auch in Form von Videotermi­nen möglich. Ihr behandelnder Arzt oder Therapeut im SPZ entscheidet, ob ein Termin per Video für Sie in infrage kommt. In einer Videosprechstunde läuft das Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Arzt/Therapeuten ähnlich ab wie ein Gespräch vor Ort. Sie und Ihr Arzt/Therapeut befinden sich nur nicht am selben Ort. Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu ins SPZ kommen müssen.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer oder Tablet mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internet-­verbindung reichen aus. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter, den das SPZ beauftragt und der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss.

Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrem Arzt/Therapeut besprechen, vertraulich bleibt.

Hiermit informieren wir Sie insbesondere über das Vorgehen der Videosprechstunde und Fragen des Datenschutzes.

Vorgehen: Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

1. Sie erhalten vom SPZ einen Termin für die RED connect-Videosprechstunde, die Internetadresse des Videodienstanbieters und den Einwahlcode für die Videosprechstunde.
2. Am Tag des Termins wählen Sie sich ca. 5 Minuten vor dem Termin auf der Internetseite des Videodienstanbieters mit Ihrem Einwahlcode ein. Dies sollte möglich sein, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen.
3. Der Videodienstanbieter wird Sie beim Einwählen nach Ihrem Namen fragen. Bitte geben Sie diesen korrekt an. Nur so kann der Behandler Sie richtig zuordnen.
4. Sie werden dann in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald Ihr Behandler zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihr Termin beginnen.
5. Ist die Sprechstunde beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

Datensicherheit:

Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.

Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.

Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.

Dem Videodienstanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen.

Einwilligungserklärung – Datenschutz

Mit Ihrer Einwilligung zur Videosprechstunde, die Sie auf dem „Erhebungsbogen zur Familie“ gegeben haben, erklären Sie, ausreichend über den oben benannten Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden sein.

Ihnen ist bekannt, dass die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der RED-Software für Sie unentgeltlich ist.

Sie versichern, dass:

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei Ihnen die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED connect Videosprechstunde vorliegen.

Sie sind einverstanden, dass:

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt.
- Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt im SPZ.

Ihnen ist bekannt, dass Sie diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen können. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen behandelnden Arzt/Therapeuten ausreichend.

Durch Ihre Unterschrift auf dem „Erhebungsbogen zur Familie“ erklären Sie die vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der oben stehenden Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.