



PERSONALIENBLATT FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Name:	_____	Vorname:	_____		
Geburtsdatum:	_____	Konfession:	_____		
Adresse:	_____	Tel./Natel:	_____		
PLZ / Ort:	_____	E-Mail:	_____		
Klasse:	_____	Lehrperson:	_____	Schule:	_____
Hausarzt/ Kinderarzt:	_____				
Weitere Fachpersonen:	_____				

Mutter

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____		
Adresse (wenn anders als Kind):	_____		
PLZ / Ort:	_____	E-Mail:	_____
Telefon:	_____	Natel:	_____
Beruf:	_____	heutige Tätigkeit (%):	_____
Zivilstand:	_____	Sorgerecht:	_____

Vater

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____		
Adresse (wenn anders als Kind):	_____		
PLZ / Ort:	_____	E-Mail:	_____
Telefon:	_____	Natel:	_____
Beruf:	_____	heutige Tätigkeit (%):	_____
Zivilstand:	_____	Sorgerecht:	_____

Geschwister

Vorname:	_____	Geburtsdatum:	_____
Vorname:	_____	Geburtsdatum:	_____
Vorname:	_____	Geburtsdatum:	_____



Anmeldegrund

Was sind die Schwierigkeiten Ihres Kindes/ in der Familie? Was erwarten Sie von der Abklärung/ Therapie? Was haben Sie bisher unternommen?

Kostenträger

- Grundversicherung: Name KK & Nr. Versicherungskarte: _____
- Invalidenversicherung: IV-Verfügungsnummer: _____
- Selbstzahler

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Bearbeitung meiner Daten sowie den Zugriffen auf die Daten gemäss der **Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten** zur Kenntnis genommen habe und mit der Weitergabe der Daten an Dritte zu den ausgewiesenen Zwecken einverstanden bin, inkl. der Pseudonymisierung und der anschliessenden Weitergabe an Fachverbände für statistische Auswertungen.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Psychologin und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Psychologiepraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) oder per Sms erfolgen. Die Praxis psyWAL nutzt für die Administration (elektronische Krankenakte, Rechnungsstellung usw.) die Dienstleistungen der Ärztekasse. Grundsätzlich werden meine Daten von der Ärztekasse für die Kernanwendungen ausschliesslich in der Schweiz gespeichert. Zum Zwecke der Bonitätsprüfung können meine Personendaten an die Inkasso Med AG / Intrum AG weitergeleitet und dort gespeichert werden.

Werden Leistungen über die Grundversicherung abgerechnet, sieht das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vor, dass Patient/innen eine Kopie der Arztrechnung erhalten. Ich akzeptiere mit der Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant (Rechnungsstellung direkt an die Krankenkasse). Zur Vereinfachung erfolgt die Mitteilung zur Rechnungskopie (nur im Tiers Payant) auf die von mir angegebene E-Mail-Adresse, wobei der Name meiner Therapeutin bzw. der Praxis zur einfacheren Lesbarkeit mir gegenüber in der E-Mail genannt wird.

- Ich wurde darüber informiert, dass mir das Zusatzdokument «**Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten**» zur Verfügung steht.
- Ich bin einverstanden, dass nicht oder kurzfristig (innerhalb von 24h) **abgemeldete Termine** privat vergütet werden müssen.

Datum: _____ Unterschrift(en): _____