



Regensburger Kinderzentrum St. Martin

Sozialpädiatrisches Zentrum
Kinder- und entwicklungsneurologische Ambulanz
Epilepsieambulanz für Kinder und Jugendliche

Ärztliche Leitung:
Dr. med. Christina Kutzer

93059 Regensburg, Wieshuberstr. 4
Telefon: 09 41/ 4 65 02 - 0, Fax: - 40
info@kinderzentrum-regensburg.de
www.kinderzentrum-regensburg.de

Einrichtung der
Kath. Jugendfürsorge der
Diözese Regensburg e.V.



Behandlungsvertrag

zwischen

Vor- und Zuname des Patienten/der Patientin

Geburtsdatum

Sorgeberechtigte/r

Anschrift (Straße, Postleitzahl, Wohnort)

und der Katholischen Jugendfürsorge der Diözese Regensburg e.V., Orleansstraße 2 a, 93055 Regensburg, als Rechtsträger des Regensburger Kinderzentrums St. Martin (SPZ Regensburg) wird ein Vertrag über die ambulante Behandlung des Patienten / der Patientin im Kinderzentrum abgeschlossen.

Sofern ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz gemäß SGB V vorliegt, ist zeitgleich mit dem ersten Behandlungstermin in jedem Quartal ein aktueller Überweisungsschein des überweisenden Arztes/der überweisenden Ärztin vorzulegen. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt direkt mit der jeweiligen Krankenkasse des Patienten / der Patientin.

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz vorliegt, ist der Patient/die Patientin als Selbstzahler/-in zur Entrichtung des Entgelts für die ambulante Leistung verpflichtet. Eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung ist abzugeben.

Informationen über die Datenverarbeitung

Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden Personaldaten sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten analog und elektronisch erhoben, verarbeitet und gespeichert. Die Übermittlung von Daten an Dritte erfolgt nur zweckbestimmt (z.B. Abrechnung mit den Krankenkassen, Kooperation mit Rehabilitationseinrichtungen) unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen.

In der Regel werden folgende Daten erfasst:

- Name des/der Versicherten, Geburtsdatum, Anschrift
- Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus, Arztnummer des überweisenden Arztes/der überweisenden Ärztin
- Vorstellungsgrund, Befunde, Diagnosen, Empfehlungen für die weitere Behandlung
- Untersuchungs- und Behandlungstermine
- Arzneimittelverordnungen, Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln

Datum

Astrid Lamby, Verwaltungsleitung

Unterschrift Patient/Patientin bzw. Sorgeberechtigte/r