Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Unterlagen für den Wiedervorstellungstermin

Bitte vollständig ausfüllen und fristgerecht bei der Praxis einreichen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte reichen Sie die erforderlichen Unterlagen **spätestens eine Woche vor Ihrem Wiedervorstellungstermin** vollständig ausgefüllt und unterschrieben bei uns in der Praxis ein.

Terminbestätigung

Der fristgerechte Eingang der Unterlagen gilt als verbindliche Terminbestätigung. Sollten die Unterlagen nicht rechtzeitig eingehen, gehen wir davon aus, dass der Termin nicht mehr benötigt wird, und vergeben ihn gegebenenfalls neu.

Übersicht der Unterlagen

Klicken Sie auf einen Eintrag, um zur ersten Seite des Abschnitts zu springen.

Patienten-Anmeldebogen	**2-4**
Aktueller Verlauf: Gesundheit, Schule, Familie und Versorgung	**5-6**
Mediennutzung und Substanzkonsum	**7**
Einverständnis zur Datenverarbeitung und Datenschutzinformationen	**8-9**
Einverständnis für Ausfalltermine und PVS-Einwilligung	**10-11**
Behandlungserklärung	**12**
Einwilligung zur Tonaufnahme	**13**
Schweigepflichtsentbindung	**14**

Unterschriften und Sorgerecht

Die Behandlung kann nur stattfinden, wenn die Behandlungs- und Einverständniserklärung von beiden Erziehungsberechtigten zum Wiedervorstellungstermin unterschrieben vorliegen. Liegt das Sorgerecht nur bei einem Elternteil, legen Sie bitte den Gerichtsbeschluss oder die Bescheinigung des Jugendamtes vor.

Liegt keine beidseitige Unterschrift oder kein gültiger Sorgerechtsnachweis vor, kann der Termin nicht stattfinden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Praxisteam Gerald S. Langner

Zum digitalen Ausfüllen klicken Sie in die hell hinterlegten Felder und Auswahlkästchen. Speichern Sie anschließend die ausgefüllte Datei. Die Unterschriftsfelder erlauben Texteingaben. Für handschriftliche Unterschriften drucken Sie das Formular aus.

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Patienten-Anmeldebogen

Teil 1 von 3

1. Patient/in

Name | Vorname | Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit | Religion | Geschlecht (m/w/d)

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Lebt bei | Krankenkasse | Mobilnummer

Zurzeit in

- ☐ Kindergarten
- ☐ Schule — Klasse — Anzahl Schuljahre
- ☐ Übermittagsbetreuung — bis — Uhr
- ☐ Ausbildung

2. Behandelnde/r Kinderarzt/Ärztin oder Hausarzt/Ärztin

3. Vorbehandlungen

- ☐ Zentrum für Frühförderung (FFZ)
- ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
- ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie — ☐ Praxis — ☐ Klinik
- ☐ Psychotherapie
- ☐ Sprachtherapie / Logopädie
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Jugendhilfe — ☐ ambulant — ☐ stationär
- ☐ Andere

Andere Vorbehandlungen (bitte ergänzen)

Aktuelle Anbindung (jetziges/letztes Quartal)? ○ Ja ○ Nein

- ☐ SPZ
- ☐ KJP-Praxis / Ambulanz / Institutsambulanz

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Eltern und Familie

Patienten-Anmeldebogen · Teil 2 von 3

4. Leibliche Eltern

	Elternteil 1	Elternteil 2
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Telefon und E-Mail		
Staatsangehörigkeit		
Schulabschluss		
Beruf		
Jetzige Tätigkeit		

Gemeinsamer Haushalt ○ Ja ○ Nein

Gemeinsames Sorgerecht ○ Ja ○ Nein

Andere Bezugsperson in Zweit-Elternfunktion ○ Ja ○ Nein

Pflegeelternschaft durch

Seit

☐ Familiensprache: Deutsch ☐ Deutsch und

☐ Andere Sprache

5. Geschwister

Name	m/w	Geburtstag	Kita / Schulform	Klasse	Ausbildung / Beruf

6. Besondere Lebensereignisse und mögliche Belastungen

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Anlass der Wiedervorstellung

Patientenanmeldebogen · Teil 3 von 3

7. Weshalb stellen Sie Ihr Kind zur Untersuchung vor?

Welche Auffälligkeiten zeigt Ihr Kind? (Stichworte)

Was hat sich seit dem letzten Termin geändert?

Zum Beispiel aktuelle Medikamente und Dosierungen, neue Befunde oder Behandlungen sowie ein Wechsel der Schule oder Krankenkasse.

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Gesundheit und Medikamente

Wiedervorstellung · Aktueller Verlauf · Teil 1 von 2

Bitte beschreiben Sie den aktuellen Stand. Ergänzen Sie neue Befunde und Veränderungen seit dem letzten Termin, soweit sie für die Wiedervorstellung relevant sind.

Aktuelle Medikamente

☐ Keine Medikamente

Bei Bedarf bitte eine aktuelle Medikamentenliste beifügen.

Medikament	Dosis / Tag	Einnahmezeit	Verordnet von

Wirkung und mögliche Nebenwirkungen

Aktuelle Beschwerden und Gesundheit

Schlaf, Appetit, Essverhalten, Schmerzen oder Ausscheidung

Neue Erkrankungen, Allergien, Unfälle, Operationen oder Befunde

Veränderungen beim Hören oder Sehen, neue Befunde oder Hilfsmittel

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Schule, Familie und Versorgung

Wiedervorstellung · Aktueller Verlauf · Teil 2 von 2

Aktuelle Schulform und Förderung (falls zutreffend)

- [ ] Regel-Grundschule
- [ ] Förderschule
- [ ] Hauptschule
- [ ] Realschule
- [ ] Gymnasium
- [ ] Gesamtschule
- [ ] Berufsschule / Ausbildung
- [ ] Schule für Körperbehinderte
- [ ] Andere Schulform

Andere Schulform (bitte ergänzen)

Förderschwerpunkte (falls zutreffend)

- [ ] Emotionale / soziale Entwicklung
- [ ] Lernen
- [ ] Geistige Entwicklung
- [ ] Sprache
- [ ] Körperliche und motorische Entwicklung

Schulwechsel, Lern- oder Leistungsschwierigkeiten, soziale Schwierigkeiten (z. B. Mobbing)

Familie und Alltag

Neue Belastungen, besondere Lebensereignisse oder Änderungen bei Betreuung und Sorgerecht

Weitere aktuelle Versorgung

- [ ] Psychotherapie
- [ ] Jugendhilfe

Bitte geben Sie Krankenkasse und Anbindung an SPZ oder KJP-Praxis auf Seite 2 an.

Ansprechpersonen oder weitere Hilfen

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Mediennutzung und Substanzkonsum

Orientierende Anamnese für Kinder und Jugendliche

A/B: letzte 30 Tage; C: letzte 12 Monate. Bitte Alter und Entwicklungsstand berücksichtigen. Zeiten und Mengen schätzen. Unbekanntes mit „?“ oder „Unklar“ kennzeichnen.

A. Medien im Alltag (ohne Schule / Lernaufgaben)

Ungefähre Nutzungszeit in Stunden pro Tag (z. B. 1,5 = 90 Minuten)	Schultag	Freier Tag
Handy / Tablet (inkl. Videos / Streaming)		
Soziale Medien / Chats (z. B. WhatsApp, TikTok, Instagram)		
Gaming an allen Geräten (auch PC / Konsole)		

Zeiten können sich überschneiden; bitte nicht addieren. 0 = keine Nutzung; ? = nicht bekannt.

B. Substanzen und weitere Präparate

Tage: 0-30 (0 = kein Konsum; ? = unbekannt). Menge mit Einheit, z. B. 2 Zigaretten, 0,5 l, 1 Dose.

Bereich	Tage	Produkt / übliche Menge je Konsumtag
Nikotin (Zigaretten, Vapes, Nikotinbeutel)		
Alkohol		
Cannabisprodukte		
Andere Drogen (z. B. Amphetamine, Ecstasy) / Medikamente*		
Koffein / Energydrinks		
Muskelaufbauende Nahrungsergänzungsmittel / weitere Präparate		

*Medikamente ohne medizinischen Grund oder anders als ärztlich verordnet. Reguläre Einnahme hier nicht angeben.

Rausch, Erinnerungslücken, Unfälle oder gefährliche Situationen durch Konsum? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar

C. Hinweise auf Schwierigkeiten (pro Zeile eine Antwort)

	Medien	Substanzen	Beides	Nein	Unklar
Es fällt schwer, Nutzung oder Konsum zu begrenzen oder zu beenden.	☐	☐	☐	☐	☐
Durch Nutzung oder Konsum kommen Schlaf, Schule / Ausbildung, Kontakte oder andere Interessen zu kurz.	☐	☐	☐	☐	☐
Trotz spürbarer Nachteile wird weiter genutzt oder konsumiert.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Einschränkung entstehen starkes Verlangen oder ausgeprägte Unruhe.	☐	☐	☐	☐	☐

Beispiel / seit wann? Auch früheren Konsum, Mischkonsum oder Gesprächswunsch angeben:

Eigener, nicht validierter Anamnesebogen ohne Punktwert; keine Diagnose. Lange Medienzeiten oder Nahrungsergänzungsmittel allein bedeuten keine Sucht. Angaben können im vertraulichen Gespräch ergänzt werden; Elternangaben ersetzen die Selbstauskunft Jugendlicher nicht.

Eigene Formulierungen. Orientierung: S1-Leitlinie Internetnutzungsstörungen; UKE/DZSKJ; CRAFFT-Fachinformationen. Stand 06.11.2026.

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Einverständnis zur Datenverarbeitung

Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung · Teil 1 von 2

Ich wurde über meine Rechte in Bezug auf Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten / Daten von meiner /-em Sorgeberechtigten informiert und bin mit Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten durch das Praxispersonal aus der Praxis Gerald Langner einverstanden.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit und ohne Grund widerrufen.

Nachname Patient/in

Vorname Patient/in

Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Praxis Gerald Siegmar Langner, Vogelsangerstraße 106-108, 50823 Köln, Tel: 0221 5708330

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte, Lea Kämpken unter: Anschrift: Praxis Gerald Langner, Vogelsangerstraße 106-108, 50823 Köln, Tel: 0221/5690975

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

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 / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern 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 Empfänger.

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Informationen zum Datenschutz

Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung · Teil 2 von 2

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: LDI NRW Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf.

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an das Praxisteam oder Datenbeauftragte wenden.

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Einverständnis für Ausfalltermine

Ausfalltermine und PVS-Einwilligung · Teil 1 von 2

(Bezieht sich nicht auf die Behandlung, sondern gilt nur für Ausfallhonorare.)

Ich bin damit einverstanden, dass für jeden nicht wahrgenommenen bzw. nicht abgesagten Termin pro Stunde ein Ausfallhonorar in Höhe von 35 € bzw. bei Doppelstundenterminen entsprechend 70 € zur Rechnung gestellt wird.

Als abgesagt gilt:

• Der Termin wurde spätestens einen Tag vorher bis 12.00 Uhr abgesagt. (Montagstermine können **nur** per Email abgesagt werden)

• Der Termin wurde aus Krankheitsgründen am gleichen Tag abgesagt, es wurde ein ärztliches Attest vorgelegt. (Atteste können bis maximal 10 Tage nach dem verstrichenen Termin per Post oder persönlich in der Praxis eingereicht werden)

Termine können telefonisch (auch auf Anrufbeantworter), persönlich in der Praxis oder per Email abgesagt werden.

Nachname Patient/in

Vorname Patient/in

Geburtsdatum

Rechnungsempfänger/in: Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift Rechnungsempfänger/in

Unterschrift Rechnungsempfänger/in

PVS: Einwilligung / Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen. Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS Holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt. Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung im eigenen Namen, zieht die Honorarforderung auf eigene Rechnung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

PVS-Einwilligung: Fortsetzung

Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungsart erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiterverarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/kontakt/datenschutz/

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Rechnungsempfänger/in

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Behandlungserklärung

Nachname Patient/in

Vorname Patient/in

Geburtsdatum

Ich bin mit der Diagnostik und Behandlung meines Sohnes / meiner Tochter in der Praxis Gerald S. Langner, Vogelsanger Str. 106-108, 50823 Köln, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, einverstanden.

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2

Name in Druckbuchstaben

Ggf. Unterschrift des Vormundes

Diese Erklärung kann ich jederzeit und ohne Begründung widerrufen.

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Einwilligung zur Tonaufnahme

Ausschließlich Tonaufnahmen zur Behandlungsdokumentation

1. Zweck und Umfang

Unsere Praxis nutzt Tonaufnahmen als **üblichen Dokumentationsablauf**. Die Aufnahme erfolgt nur mit **Ihrer Zustimmung**.

Ich willige in die Tonaufnahme meiner Gesprächsbeiträge einschließlich mitgeteilter Gesundheitsdaten im Rahmen der Behandlung zur Erstellung der schriftlichen Behandlungsdokumentation ein. Es erfolgen **keine Bild- oder Videoaufnahmen**.

Das eingesetzte System, Dienstleister, Transkription/KI-Unterstützung, Speicherorte und Löschfristen wurden mir **vor Unterzeichnung** in der zugehörigen Datenschutzinformation erläutert. Die behandelnde Person prüft den Dokumentationsentwurf. **Keine Veröffentlichung und kein KI-Training.**

Zugehörige Datenschutzinformation (Praxis trägt Titel und Stand ein)

2. Widerruf

Die Einwilligung ist jederzeit ohne Begründung für die Zukunft widerrufbar, z. B. per E-Mail an die Praxis oder direkt im Termin. Dann endet die Aufnahme. Bei Ablehnung oder Widerruf wird **ohne Gesprächsmitschnitt dokumentiert**; die Behandlung erfolgt **ohne Nachteile**.

Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung vor dem Widerruf bleibt unberührt. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten für die Behandlungsdokumentation bleiben bestehen.

E-Mail der Praxis für den Widerruf (von der Praxis einzutragen)

3. Zustimmung und Unterschriften

Jede unterzeichnende Person stimmt für ihre eigenen Gesprächsbeiträge zu. Sorgeberechtigte erklären die Einwilligung, soweit erforderlich, auch für das Kind. Einwilligungsfähige Kinder und Jugendliche stimmen selbst zu.

Person / Funktion	Datum	Unterschrift
Patient/in (soweit einwilligungsfähig)		
Sorgeberechtigte/r 1		
Sorgeberechtigte/r 2		
Weitere aufgenommene Person 1 (Name / Funktion)		
Weitere aufgenommene Person 2 (Name / Funktion)		

Die Praxis prüft vor jeder Aufnahme die Zustimmung aller tatsächlich aufgenommenen Personen. Neu hinzukommende Personen werden vor der Aufnahme einbezogen; bei Bedarf zusätzliches Unterschriftsblatt verwenden.

Verantwortlich: Praxis Gerald S. Langner, Anschrift und Telefon siehe oben. Rechtsgrundlage der Einwilligung: Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Weitere Rechte und Kontakte: zugehörige Datenschutzinformation.

Praxis Gerald S. Langner
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Vogelsanger Str. 106-108
50823 Köln
Telefon 0221 5708330

Schweigepflichtsentbindung

Name des Patienten

Geb. Datum

Hiermit entbinde ich als Sorgeberechtigte(r) die Behandler der Praxis Langner von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf mein Kind gegenüber

☐ der Schule — Name der Schule

Name Lehrer/in — Tel.-Nr. — E-Mail

☐ dem Kindergarten/Hort/Übermittagsbetreuung — Name der Einrichtung

Ansprechpartner — Tel.-Nr. — E-Mail

☐ der Praxis — Name der Praxis

Ansprechpartner — Tel.-Nr.

☐ dem Amt für Kinder, Jugend und Familie — Bezirk

Ansprechpartner — E-Mail — Tel.Nr.

Sonstiges: (Bitte Namen, Adresse, Kontaktdaten angeben)

☐

☐

☐

Ich bin einverstanden, dass die angegebenen Institutionen den Therapeuten der Praxis Langner Auskünfte über mein Kind erteilen. Diese Erklärung kann ich jederzeit und ohne Begründung schriftlich widerrufen.

Köln, den

Unterschrift der Sorgeberechtigten Mutter

Unterschrift des Sorgeberechtigten Vaters

Unterschrift des Sorgeberechtigten Vormunds