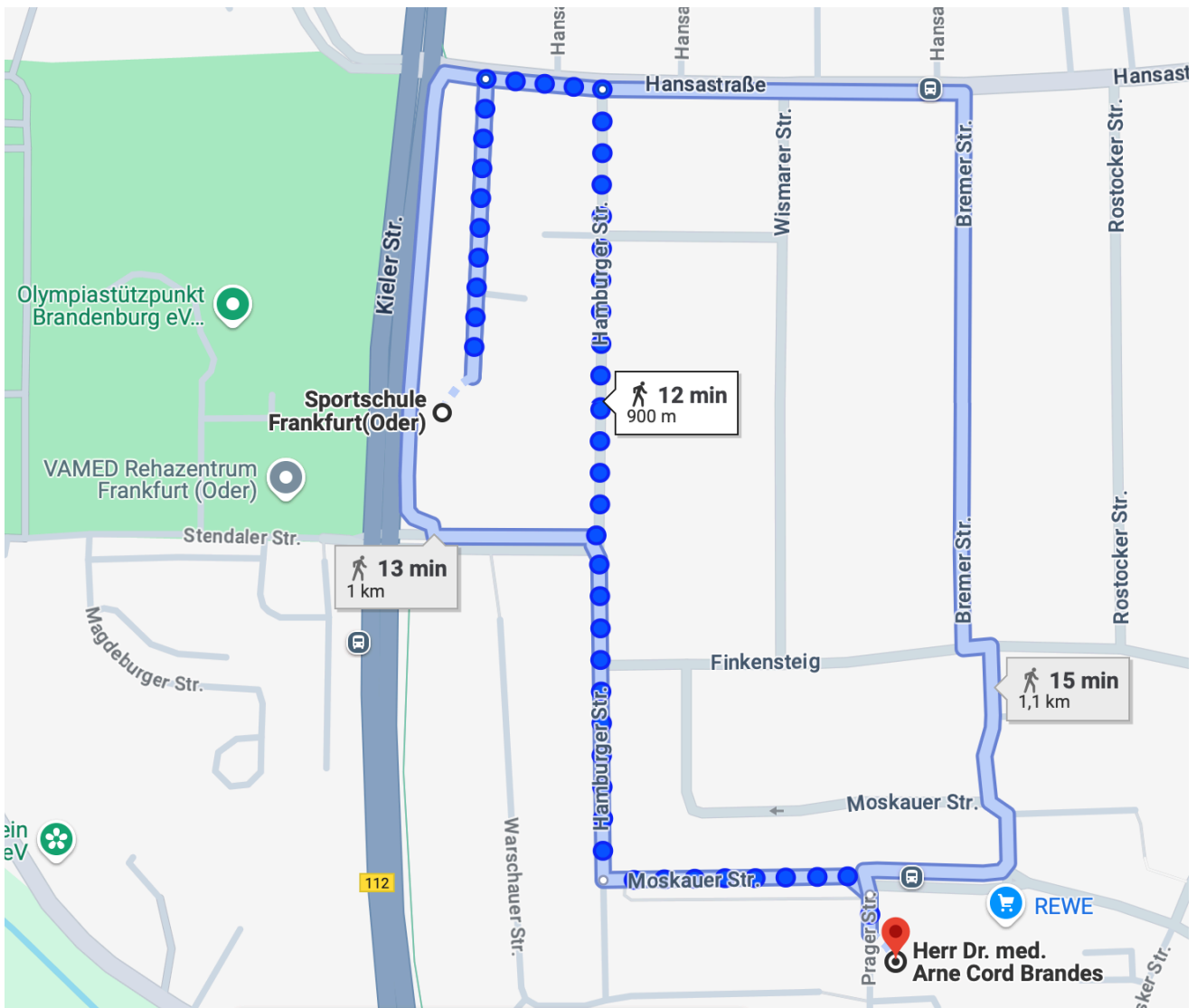


# Sportärztliche Untersuchung

## Checkliste:

1. Fülle die **nötigen Formulare** aus! (Siehe Anhänge)
2. Denke an deine **Krankenkassenkarte** und den **Impfausweis!**
3. Sei **spätestens um 07:30 Uhr in der Praxis!**  
Geh sofort zur Anmeldung **OHNE Anstellen!**
4. **Vereinbare** den **Auswertungstermin** Vorort!  
Notiere ihn dir! Er findet in dieser Woche statt.
5. Leite wichtige Informationen an deine Eltern/Trainer weiter!



**Liebe(r) Sportschüler(in), liebe Eltern,**

Du bist, sie sind in unserer Praxis zur jugendärztlichen Versorgung vor Ort und/oder zur sportmedizinischen Untersuchung der Eliteschule des Sports in Brandenburg (Standort Frankfurt/Oder). Daher benötigen wir eine Vorgeschichte.

Wir bitten Dich/Sie, diesen Fragebogen so gut wie möglich auszufüllen. Selbstverständlich ist die Beantwortung der Fragen freiwillig und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

**Angaben der Sportlerin/ des Sportlers**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Welche Sportart betreibst Du? \_\_\_\_\_ Welche Disziplin? \_\_\_\_\_

Wie häufig trainierst Du in der Woche [Anzahl/Gesamtstunden]? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Hausarzt am Heimatort (Adresse) \_\_\_\_\_

Bekannte chronische Vorerkrankungen/Allergien/Probleme:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich, Mein/Unser Kind nimmt folgende Medikamente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte zur Erstvorstellung den Impfpass mitbringen.

**Sorgen oder Probleme, die ich/wir in heutiger Vorstellung besprechen möchte:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Angaben der Eltern** (bitte zutreffendes ankreuzen):

O leibliche Eltern       O Adoptiveltern       O Pflegeeltern

Name, Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

(z.B. Neurodermitis, Asthma, Allergie, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankung, etc.)

Name, Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Weitere Erkrankungen in der Familie (was, wer):

(z.B. Neurodermitis, Asthma, Allergie, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankung, Krebs, etc.)

---

---

---

**Kontakt Daten**

Straße/ Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_

**Emailadresse:** \_\_\_\_\_

Versicherter/ Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

**Kontaktperson** am Olympiastützpunkt, Frankfurt (Oder):

**Name:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_

**Einwilligung**

Ich/Wir haben beiliegende und in der Praxis einsehbare Datenschutzerklärung gelesen und willigen der Datenspeicherung der Patientendaten meines/unsere Kindes zur medizinischen Behandlung und zur gegebenenfalls notwendigen Kommunikation mit anderen Ärzten / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern oder im speziellen der Hochschulambulanz der Universität Potsdam Zentrum für Sportmedizin, Freizeit-, Gesundheits- und Leistungssport ein.

Ich/Wir sind einverstanden zum gegenseitigen Befundabgleich und Übermittlung der medizinisch erhobenen Daten unseres Kindes durch die Kinderarztpraxis Brandes und den Mitarbeitern der Hochschulambulanz der Universität Potsdam, Zentrum für Sportmedizin, Freizeit-, Gesundheits- und Leistungssport, Prof Dr. F. Mayer.

Ich/Wir geben den Ärzten der Kinderarztpraxis das Einverständnis, bei akut diagnostischer Notwendigkeit, röntgenologisch bildgebende Verfahren durchführen zu lassen.

Ich/Wir sind einverstanden über angegebene Emailadresse von der Praxis zum Zwecke der Terminabsprache kontaktiert oder an Patiententermine erinnert zu werden.

Mir/Uns ist bekannt das bei fehlendem Versicherungsnachweis (Patientenkarte /Chipkarte) am jeweiligen Abrechnungsquartale eine privatärztliche Liquidation entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte durch die Kinderarztpraxis erfolgen kann.

Bei Unterschrift nur eines Elternteils, gehen wir davon aus, dass der andere Elternteil den zeichnenden Elternteil zur Abgabe einer für beide geltenden Einwilligung ermächtigt hat.

\_\_\_\_\_ (Ort), den \_\_\_\_\_

Unterschrift: Sportler (in) \_\_\_\_\_

Kindesmutter \_\_\_\_\_

Kindesvater \_\_\_\_\_

# Privat- Behandlungsvertrag Sportschule



**Achtung bitte!! Folgende Verträge müssen nur von Eltern bei nicht gesetzlich („privat“) versicherten Sportschülern ausgefüllt werden.**

Liebe(r) Sportschüler(in), liebe Eltern,

wir bieten Ihnen in unserer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin die sportmedizinische Jahresgrunduntersuchung (JGU) der Jahrgangsstufe 7 und 9 der Sportschule Frankfurt (Oder) zur allgemeinen Gesundheitsvorsorge im Rahmen der Elitesportausbildung an.

Falls es neben den reinen klinischen Untersuchungen der JGU zu weiteren Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen, röntgenologisch oder auch labormedizinischen Untersuchungen kommt, unterliegt dieses der Kostenübernahme der jeweiligen Gesundheitsversicherung des Patienten.

Wir bitten Sie für den Fall einer nicht gesetzlichen Versicherung den folgenden Behandlungsvertrag und die Einwilligung zur Einbindung zur Privatliquidation durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH auszufüllen und bei Erstvorstellung in unserer Praxis abzugeben.

Vielen Dank für die Hilfe.

Ihr Team der Kinder- und Jugendarztpraxis


 Dokument:  
 Seite: 2 von 4  
 vom: 01.09.2022

# Privat- Behandlungsvertrag Sportschule

## Behandlungsvertrag

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

wohnhaft (Rechnungsempfänger): \_\_\_\_\_

Zwischen uns als Eltern von oben genanntem Patienten und Herrn Dr. med. Arne Cord Brandes, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Prager Straße 35, 15234 Frankfurt (Oder), wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Herr Dr. Brandes kann mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung der/des Patientin/Patienten/Sorgeberechtigten Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von anderen Ärzten (z.B. Laborarzt) oder Hilfspersonal durchführen lassen. Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Wir als Eltern des oben genannten Patienten teilen ausdrücklich mit,

- in der nachfolgend genannten Versicherung privat krankenversichert zu sein:  
 .....
- dass eventuell zusätzlich die Beihilfe der Stadt/des Landes/Bundes für die Kosten aufkommt.
- Selbstzahler zu sein.
- nur mit **Basistarif** unserer Privaten Krankenversicherung versichert zu sein.

Unabhängig vom Eintreten einer Versicherung oder Beihilfe haften wir als Eltern des Patienten persönlich für die Kosten der Behandlung. Sorgeberechtigte treten den Forderungen gegen ihre Kinder bei.

Eine Abtretung von etwaigen Ansprüchen der Patientin/des Patienten/der Sorgeberechtigten gegenüber Ansprüchen aus dem Behandlungsvertrag an Dritte, z.B. an private Krankenversicherungen, bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung von Herrn Dr. Arne Cord Brandes.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende (z.B. Kostenträger, weiter-/mitbehandelnde Ärzte) nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Die Weitergabe dieser Daten darf ausschließlich im Rahmen der medizinischen Behandlung und zum Zwecke der Rechnungserstellung bzw. Rechnungsprüfung sowie zur Durchführung eines eventuellen Forderungseinzuges erfolgen. Zu diesem Zweck kann die Forderung auch gemäß §398 BGB an einen Dritten abgetreten werden, d. h. der Dritte ist berechtigt, die Forderung im eigenen Namen geltend zu machen. Hiermit erklären wir uns einverstanden.

Für den Fall der Abwesenheit des ebenfalls sorgeberechtigten Partners bei Unterschrift dieses Vertrages erkläre ich hiermit rechtsverbindlich, dass ich für den nicht anwesenden Sorgeberechtigten diese Erklärung abgeben darf.

Ort \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 Sorgeberechtigter 1

 \_\_\_\_\_  
 Sorgeberechtigter 2

 \_\_\_\_\_  
 Arzt



Dokument:  
Seite: 3 von 4  
vom: 01.09.2022

# Privat- Behandlungsvertrag Sportschule

## **Einwilligung zur Einbindung zur Privatliquidation durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg, Telefon (0911) 92 92 02**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bei Kindern unter 16 Jahren bzw. nicht einsichtsfähigen Personen der gesetzliche Vertreter:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Von Patienten abweichender Rechnungsempfänger:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Mit dieser freiwilligen Einwilligung erklären Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre Daten an die oben genannte Verrechnungsstelle zur Durchführung der Privatliquidation weitergegeben werden. Sollten Sie nicht einwilligen, werden Ihre Daten auch nicht wie nachfolgend beschrieben weitergegeben.

### **Einwilligungserklärung**

Hiermit erkläre ich, mich freiwillig und ohne Zwang ausdrücklich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten durch die Praxis an die oben genannte Verrechnungsstelle zum Zwecke der Abrechnung übermittelt werden können. Hierzu zählen auch solche Daten, die von konsiliarisch hinzugezogenen dritten Ärzten erhoben und gespeichert wurden. Für den Fall eines vom Patienten abweichenden Rechnungsempfängers erkläre ich, dass ich volljährig und vom Rechnungsempfänger bevollmächtigt bin, seine Stammdaten zur Erstellung der Rechnung an die oben genannte Verrechnungsstelle zu übermitteln. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligungen jederzeit vollständig oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden können. Ich bestätige, dass ich die nebenstehend aufgeführten Informationen zur Kenntnis genommen und akzeptiert habe.

Ort, Datum

### **Unterschrift Patient**

**(bei nicht einsichtsfähigen Patienten: gesetzlicher Vertreter)**

**(bei minderjährigen Patienten zusätzlich: des oder der Sorgeberechtigten)**

# Privat- Behandlungsvertrag Sportschule



## Wichtige Information für den Patienten oder dessen Vertretungsberechtigten

Wir führen die Abrechnung privatärztlicher oder Selbstzahler-Leistungen durch die nebenstehend genannte Verrechnungsstelle durch. Dieser Auftrag umfasst neben der Erstellung der Rechnung auch den Auftrag zur Forderungsbeitreibung. Alle zuständigen Mitarbeiter der Verrechnungsstelle sind dabei ebenfalls zur Geheimhaltung verpflichtet worden und darüber informiert, dass Ihre Daten auch nach Beendigung der Behandlung bzw. Ihrem Widerruf weiterhin vertraulich behandelt werden müssen.

Damit die Abrechnung ermöglicht werden kann, ist es erforderlich, folgende Daten zu übersenden:

- Ihre Stammdaten: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht, Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus, Kostenträger,
- Behandlungsinformationen: Akut- und Dauerdiagnosen sowie die mit der Behandlung verbundenen Abrechnungsziffern,
- hiervon sind auch ausdrücklich Ihre Daten umfasst, die von konsiliarisch hinzugezogenen dritten Ärzten erhoben und gespeichert wurden.

Ihre erteilte Einwilligung erfolgt dabei aufgrund des Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a der Datenschutz- Grundverordnung (nachfolgend "DSGVO" genannt).

Die anlässlich des Behandlungsvertrages von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht für Ärzte gespeichert und danach gelöscht. Dies umfasst im Regelfall einen Zeitraum von 10 Jahren, kann im Einzelfall aufgrund längerer gesetzlicher Aufbewahrungspflichten, aus Gründen, die im Gesundheitszustand des einzelnen Patienten liegen oder zur Sicherung eigener Rechte auch bis zu 30 Jahren betragen. Entsprechendes gilt auch für die an unsere Verrechnungsstelle weitergeleiteten Daten.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung gegenüber uns zu widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Dies hat zur Folge, dass wir Ihre Daten für die Zukunft nicht mehr an die oben genannte Verrechnungsstelle weiterleiten dürfen.

Die DSGVO räumt Ihnen überdies weitere Rechte ein:

- Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO),
- Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten (Art. 16 DSGVO),
- unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung (Art. 17 DSGVO) oder Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten,
- Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen (Art. 20 DSGVO)

Zuletzt sind Sie berechtigt, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, falls aus Ihrer Sicht die Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtmäßig erfolgt (Art. 77 DSGVO). Ihre Beschwerde richten Sie in diesem Fall an:

Datenschutzaufsichtsbehörde für den nicht-öffentlichen Bereich Landesamt für Datenschutzaufsicht  
Promenade 27  
91522 Ansbach

## **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Dr. med. Arne Cord Brandes

Adresse: Prager Strasse 35, 15234 Frankfurt (Oder)

Kontaktdaten: Tel: 0335-62155. Email: [info@kinderarzt-brandes.de](mailto:info@kinderarzt-brandes.de)

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten Herrn Dr. Brandes unter oben genannten Kontaktdaten.

### **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 ubernmitteln 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, Kassen-Ärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatArztliche Verrechnungsstellen sein.

Die ubernmittlung 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 ubernmittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

### **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, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

## **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:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht

Stahnsdorfer Damm 77  
14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203/356-0  
Telefax: 033203/356-49

E-Mail: [Poststelle@LDA.Brandenburg.de](mailto:Poststelle@LDA.Brandenburg.de)

## **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 uns wenden.

Ihr Praxisteam