**Anlage 1a Bestätigung des Diagnostikgespräches**

### Erklärung der Personensorgeberechtigten zum Förder- und Behandlungsplan

Ich wurde/Wir wurden über die Ergebnisse der (Eingangs-, Folge- oder Abschluss-)Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung bei meinem/unserem Kind,            , informiert. Der vorliegende Förder- und Behandlungsplan wurde mit mir/uns besprochen und ist mir/uns ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

**Datenschutzhinweis:**

**Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse im Rahmen der Frühförderung nach § 284 Abs. 1 SGB Vi.V.m. 46 SGB IX i. V. m. der FrühförderverordnungFrühförderberordnung (FrühV) vom 24.06.2003 erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen z.B. bei den Leistungsansprüchen führen. In diesem Zusammenhang wird auf die datenschutzrechtlichen Hinweise (Anlage 1b) verwiesen.**

**Anlage 1b Antrag auf Komplexleistung - MUSTERVORDRUCK**

Antrag auf Kostenübernahme der Komplexleistung

Hiermit beantrage ich/beantragen wir für unser Kind, , die Übernahme der Kosten für die Komplexleistung Frühförderung im Rahmen der Empfehlung lt. Förder- und Behandlungsplan vom \_\_.\_\_.\_\_. Zur weiteren Bearbeitung wird dieser Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger

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

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

(Name und Anschrift des Rehabilitationsträgers)

weitergeleitet.

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

# Information zum Datenschutz

Liebe Eltern,

der Schutz der personenbezogenen Daten von Ihnen und Ihrem Kind ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Einrichtung Ihre Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben.

## Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

die **IFF XXX**, vertreten durch Geschäftsführer XXXX, Musterstr. XX, XXXXX Musterstadt, Tel. XXXX, Fax XXXX; E-Mail:

Wir haben einen externen betrieblichen Datenschutzbeauftragten bestellt:

Name

Anschrift

E-Mail

## Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben. Sie dient dazu, den Behandlungsvertrag für Ihr Kind zu erfüllen, den Sie als Sorgeberechtigte mit uns abgeschlossen haben. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten und die Ihres Kindes, insbesondere dessen 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 Ihr Kind in Behandlung ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

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

## Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre bzw. die personenbezogenen Daten Ihres Kindes nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie in die Übermittlung eingewilligt haben.

Empfänger der personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, LVR, Stadt Köln, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

## Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre und die personenbezogenen Daten Ihres Kindes 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.

## Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über Ihre personenbezogenen Daten **Auskunft** zu erhalten. (Art. 15 DS-GVO)

Auch können Sie die **Berichtigung** unrichtiger Daten verlangen. (Art. 16 DS-GVO)

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. (Art. 17 und 20 DS-GVO)

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**. (Art. 21 DS-GVO)

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. (Art. 77 DS-GVO9)

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

**Landesbeauftragter für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen**

Kavalleriestr. 2-4
40213 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211/38424-0
Fax: +49 (0) 211/38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

## Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 Buchst. h DS-GVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b BDSG. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

**Anlage 1c Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung - MUSTERVORDRUCK**

**Entbindung von der Schweigepflicht**

**Ich erkläre mich / Wir erklären uns** damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF)       im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Betreuung unseres Kindes:

           , geb.:

sachbezogene Informationen von folgenden Ärzten:

 **1. dem überweisenden Vertragsarzt**

 **2.**

 **3.**

 **pp**

und von folgenden anderen, mit dem Kind befasste Stellen

 **1.**

 **2.**

 **3.**

 **pp**

einholen kann.

**Ich bin / Wir sind damit einverstanden**, dass die IFF von den o. g. Ärzten und von den o. g. anderen Stellen Befunde erhält, die im Rahmen der Interdisziplinären Frühförderung erforderlich sind. Diese medizinischen Befunde werden nicht an die Rehabilitationsträger (Eingliederungshilfeträger und Krankenkasse) weitergegeben, fließen aber in die Diagnostik und den Förder- und Behandlungsplan ein. Der Förder- und Behandlungsplan wird als Antrag an die zuständigen Rehabilitationsträger (Eingliederungshilfeträger und Krankenkasse) gesandt.

Ort, Datum Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

**Ich bin / Wir sind damit einverstanden**, dass die Ergebnisse der Diagnostik und der Förder- und Behandlungsplan an folgende Stellen übermittelt werden:

[ ]  die zuständigen Rehabilitationsträger (Eingliederungshilfeträger und Krankenkasse)

[ ]  den unter 1. genannten Arzt

[ ]  die mit der Schuleingangsuntersuchung beauftragte Stelle

[ ]  Sonstige Stellen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Über den Inhalt und Umfang der übermittelten Dokumente werde ich von der Interdisziplinären Frühförderstelle informiert.

Der bewilligende Rehabilitationsträger informiert den jeweils anderen Rehabilitationsträger über den Antrag.

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

Ort, Datum Unterschrift (Sorgeberechtige/r des Kindes)

**Datenschutzhinweis: Es wird auf die datenschutzrechtlichen Hinweise zu Anlage 1 b. verwiesen.**